

Université de Montréal

**Une intervention éducative sur l'approche systémique familiale auprès
d'infirmières d'une unité de soins intensifs néonataux
L'innovation d'un outil d'évaluation et d'intervention familiale**

Par Marie-Sophie Cognard

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage de maîtrise en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
Sciences infirmières, option expertise-conseil

Août 2017

© Marie-Sophie Cognard, 2017

Résumé

Compte tenu des impacts de l'hospitalisation d'un nouveau-né à l'unité des soins intensifs néonataux (USIN) sur le bien-être global de la famille, les infirmières devraient être mieux outillées afin de soutenir adéquatement les besoins holistiques de chaque membre. L'optimisation de la pratique infirmière à l'USIN, relativement aux soins à la famille, est d'autant plus importante depuis l'intérêt croissant en recherche et en pratique en néonatalogie relativement aux soins centrés sur la famille ainsi qu'aux soins intégrés à la famille. Or, les écrits scientifiques soulignent que les infirmières à l'USIN manquent de connaissances et d'habiletés relativement aux soins à la famille. Une intervention éducative sur l'approche systémique familiale (ASF), incluant l'innovation d'un outil d'évaluation et d'intervention familiale©, a donc été développée et mise à l'essai auprès de 13 infirmières en néonatalogie d'un centre hospitalier universitaire mère-enfant à Montréal. Les infirmières attestent que l'intervention éducative tend à améliorer leurs connaissances et leurs habiletés, et que l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© est utile pour la pratique à l'USIN. Il s'avérerait pertinent d'appliquer cette intervention éducative dans toutes les USIN. Généralisable à d'autres milieux de soins cliniques, cette intervention pourrait optimiser la continuité des soins, intra et interdisciplinaire, et promouvoir le rôle de l'infirmière, tant au sein de l'équipe professionnelle, qu'auprès des familles.

Mots-clés : Intervention éducative, Infirmières, Soins à la famille, Soins intensifs néonataux, Approche systémique familiale.

Abstract

Considering the impact of a newborn's hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) on the well-being of the whole family, nurses should be prepared to adequately support the holistic needs of each member. This is even more important with the growing interest of research and practice towards two recent philosophies of care in the NICU, which are Family Centred Care and Family Integrated Care. The scientific literature highlights the lack of knowledge and skills of NICU nurses regarding family care. Therefore, an educational intervention based on a Family Systems Nursing Approach, including a Family Assessment and Intervention Tool©, was developed and implemented with 13 NICU nurses as a clinical project, in a Mother and child university hospital center in Montreal. The nurses who took part in this project attested that the intervention tends to improve their knowledge and skills, and that the Family Assessment and Intervention Tool© was useful in their clinical practice. It would be relevant to implement this educational intervention in all NICU's. Generalizable to other contexts of care, this intervention could optimise the continuity of intra and interdisciplinary collaborative care and could promote the role of the NICU nurse towards families.

Keywords: Educational intervention, Nurses, Family nursing, Intensive care neonatal, Family systems nursing.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations.....	vii
Remerciements.....	ix
Problématique.....	1
But et objectifs du stage.....	6
But de l'intervention en stage.....	7
Objectifs de l'intervention en stage.....	7
Objectifs d'apprentissage de l'étudiante à la maîtrise, facilitatrice de l'ASF.....	7
Article.....	8
Résumé.....	10
Introduction.....	11
Mise en contexte.....	12
Approche systémique familiale : Cadre de référence.....	15
Intervention éducative : Développement et mise à l'essai.....	17
Milieu clinique.....	17
Recrutement des participants.....	18
Description de l'intervention.....	18
Évaluation de l'intervention éducative.....	23
Retombées de l'intervention.....	23
Participants.....	23
Interventions familiales utilisées et besoins des infirmières pré-intervention.....	24
Connaissances, habiletés et outils des infirmières pré et post-intervention.....	26
Satisfaction globale des infirmières post-intervention.....	27

Utilité et appréciation de l'intervention	27
Rencontres individuelles : Appréciation de l'application de l'outil à l'USIN	28
Discussion	29
Retombées de l'intervention sur les connaissances et les habiletés des infirmières	29
Retombées de l'intervention sur la satisfaction des infirmières	31
Retombées de l'intervention suite aux rencontres individuelles	32
Avancements pour le milieu clinique et recommandations pour la pratique	34
Recommandations pour la recherche	36
Conclusion	36
Références	37
Discussion : Analyse réflexive de l'atteinte des objectifs du stage	42
Atteinte des objectifs de stage	43
Atteinte des objectifs d'apprentissage de l'étudiante	46
Conclusion	50
Références	52
Appendices	59
Appendice A : Activité et livrables prévus de l'intervention	60
Appendice B : Contenu du volet théorique©	62
Appendice C : Jeu d'associations©	76
Appendice D : Outil d'évaluation et d'intervention familiale©	80
Appendice E : Situation clinique fictive à l'USIN© et mise à l'essai de l'outil	84
Appendice F : Signets aide-mémoire©	89
Appendice G : Images du <i>génographe</i>	92
Appendice H : Lettres d'invitation pour le recrutement des infirmières	94
Appendice I : Questionnaires pré et post-intervention©	97
Appendice J : Activité de vulgarisation scientifique	104

Liste des tableaux

<i>Tableau 1.</i>	Interventions familiales utilisées et plus grand besoin/préoccupation.....	25
<i>Tableau 2.</i>	Connaissances, habiletés et outils des infirmières pré et post-intervention.....	26
<i>Tableau 3.</i>	Recommandations pour la pratique	35

Liste des figures

<i>Figure 1.</i>	Description de l'intervention éducative	19
<i>Figure 2.</i>	Les interventions systémiques familiales les plus utiles	21

Liste des abréviations

ASF : Approche systémique familiale

CHUSJ : Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

PIA : Pratique infirmière avancée

NICU : Neonatal Intensive Care Unit

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

USIN : Unité des soins intensifs néonataux

*Pour le mieux-être des infirmières et des familles dans les USIN,
qui interagissent quotidiennement,
et s'enrichissent mutuellement*



Remerciements

Je tiens à remercier plusieurs femmes exceptionnelles qui m'ont guidée, encouragée et soutenue à persévérer vers l'accomplissement de ce projet de maîtrise. D'abord, mes remerciements s'adressent à Mesdames Marilyn Aita, ma directrice, et Anne-Marie Martinez, ma codirectrice, qui sont des chercheuses dévouées au mieux-être des infirmières et des familles en néonatalogie. Je suis fortement reconnaissante pour leur écoute attentive, leur partage de connaissances d'expertes et leurs conseils judicieux, tout au long de la réalisation de mon projet. Elles ont façonné avec rigueur mes compétences d'infirmière cadre-conseil en pratique avancée. Mesdames Marilyn Aita et Anne-Marie Martinez, mille mercis pour votre disponibilité et votre implication dans ma réussite! Je tiens aussi à souligner la contribution importante du savoir de Mme Fabie Duhamel sur l'ASF, joint à celui de Mme Anne-Marie Martinez. Elles m'ont transmis un cadeau en or, soit leur passion pour l'ASF. Dorénavant, toujours à l'écoute des besoins et des préoccupations des infirmières et des familles en milieu clinique, cette approche me permettra de faciliter un environnement propice à une meilleure qualité des soins et à des changements de pratique utiles et durables.

D'autres personnes précieuses ont fortement contribué à ce projet de maîtrise. Je remercie sincèrement ma grand-mère, Mme Huguette Rioux, qui veille à mon indépendance et à mon épanouissement en tant que femme. Elle m'apprend à percevoir l'adversité plus positivement et à semer le bonheur autour de moi. Ses talents de réviseuse m'ont été fort utiles durant la rédaction de mon mémoire. Je remercie tout autant ma grande amie et ma confidente, Mme Cynthia Garcia Becerra, qui a partagé son parcours à la maîtrise avec moi. Nous nous sommes épaulées, valorisées et enrichies réciproquement à travers les épreuves de nos vies.

Un grand merci aux infirmières, aux gestionnaires et tous les autres professionnels de la santé de l'USIN, où j'ai réalisé mon stage de maîtrise, pour leur collaboration et leur intérêt envers mon projet. Grâce à eux, j'ai accompli un projet de rêve pour le développement de la pratique infirmière, ce qui me tient cœur. Je remercie aussi la personne ressource de mon stage de maîtrise, Mme Audrey Larone Juneau, cadre-conseil en sciences infirmières. J'admire son expertise en mobilisation de connaissances vers la pratique clinique. J'espère devenir une infirmière cadre-conseil aussi talentueuse. Enfin, je tiens aussi à souligner tout le soutien et le respect de mon conjoint, qui a toujours cru en moi et qui a su favoriser quotidiennement mon bonheur et ma motivation.

Problématique

La naissance d'un enfant est un évènement majeur dans la vie d'une famille et habituellement une expérience positive (Caulier, 2012; Despars et al., 2013). Cependant, lorsqu'une naissance survient avant terme¹ ou que l'état de santé du nouveau-né nécessite une hospitalisation à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN), la famille vit souvent une expérience imprévisible dans un environnement de soins hautement technologique (Huot, 2010 ; Obeidat, Bond et Callister, 2009). Cette expérience bouleversante, dans le contexte particulier de l'USIN, peut causer un stress important chez tous les membres de la famille, dont les parents et la fratrie (Foster, Whitehead et Maybee, 2016 ; Sweet et Mannix, 2012). En effet, la famille n'est pas une entité statique, mais un processus relationnel complexe, dans lequel les expériences des membres sont *interreliées* et s'influencent mutuellement (Doane et Varcoe, 2006, cité dans Duhamel, 2015). Conséquemment, le stress de chaque membre de la famille peut s'exprimer par des comportements d'adaptation, facilitants ou non (Smith, SteelFisher, Salhi et Shen, 2012; Duhamel, 2015).

Face à une hospitalisation à l'USIN, les parents peuvent éprouver divers deuils, comme celui de mener une grossesse à terme, de vivre une naissance dite normale, d'avoir un nouveau-né en santé, de cohabiter à proximité de son bébé, d'allaiter, etc. (Caulier, 2012; Heidari, Hasanpour et Fooladi, 2013). D'autres facteurs contribuent également au stress des parents, entre autres, l'apparence du nouveau-né et, l'altération du rôle parental désiré qui s'avère la plus grande source de stress (Busse, Stromgren, Thorngate, et Thomas, 2013). Les parents sont donc à risque de vivre des difficultés de sommeil, des problèmes conjugaux, de l'anxiété, de même qu'un état de stress post-traumatique et/ou une dépression (Bicking et Moore, 2012 ;

¹ Avant la 37^e semaine de grossesse (Naître et grandir, 2015)

Busse, Stromgren, Thorngate, et Thomas, 2013; Manning, 2012). Les écrits scientifiques confirment que le stress parental à l'USIN peut affecter le lien d'attachement parent-enfant, l'engagement des parents dans les soins, ainsi que le bien-être du nouveau-né (Obeidat et al., 2009; Busse et al., 2013; Forcada-Guex et al., 2010). Devant le changement de la routine familiale et la présence moins assidue des parents à la maison, la fratrie est aussi à risque de vivre l'anxiété, voire même du ressentiment envers le nouveau-né hospitalisé (Beavis, 2007; Despars et al., 2013). Enfin, les difficultés vécues par chaque membre de la famille, liées à l'hospitalisation du nouveau-né à l'USIN, peuvent entraîner des changements au niveau du fonctionnement familial, c'est-à-dire l'interaction entre chacun des membres (Duhamel, 2015; Wright et Leahey, 2013). Selon une étude comparative réalisée auprès de 184 familles de nouveau-nés prématurés de moins de 30 semaines et de 71 familles de nouveau-nés à terme, même deux ans après l'hospitalisation, les familles de nouveau-nés prématurés sont à plus haut risque de vivre des difficultés liées au fonctionnement familial comparativement aux familles de nouveau-nés à terme (Treyvaud et al., 2011). Le fonctionnement familial inclut les activités de la vie quotidienne, la communication (émotionnelle, verbale et non verbale), les habiletés de résolution de problèmes, les rôles, les croyances ainsi que les stratégies d'influence, de pouvoir, d'alliances et de coalitions (Duhamel, 2015; Treyvaud et al., 2011; Wright et Leahey, 2013).

Compte tenu des impacts de l'hospitalisation d'un nouveau-né à l'USIN sur le bien-être global de la famille, il importe que les infirmières soient outillées pour évaluer les besoins holistiques de la famille, soit biopsychosociaux, culturels et spirituels, et ainsi soutenir adéquatement chaque membre (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones et Taylor, 2011; Bicking et Moore, 2012 ; Hall et al., 2015, Mundy, 2010 ; Placencia et McCullough, 2012). Les écrits scientifiques indiquent que les besoins des familles devraient être évalués dès l'admission à

l'USIN, à l'aide d'un plan de soins individualisé afin de prévenir des difficultés d'ordre psychosocial liées à une longue hospitalisation (Mundy, 2010; Placencia et McCullough, 2012). Selon une revue systématique des écrits, les parents à l'USIN auraient besoin : (a) d'informations précises sur la condition de leur nouveau-né afin de s'impliquer avec l'équipe soignante dans les soins et les prises de décision au sujet du plan de traitement; (b) de vigilance et de protection de la part des professionnels de la santé auprès de leur enfant; (c) de proximité et de contact avec leur bébé; (d) de soins individualisés; et (e) d'une relation thérapeutique avec les infirmières (Cleveland, 2008).

Le rôle de l'infirmière en néonatalogie, où les soins à la famille sont au cœur de sa pratique, consiste à évaluer l'état de santé, à prodiguer des soins ou des traitements auprès de nouveau-nés hospitalisés ainsi qu'à soutenir leur famille face à une problématique de santé complexe, et ce, dans le but de favoriser la santé globale des familles (ANA, 2004; OIIQ, 2017). Les retombées d'une étude qualitative font ressortir l'importance du soutien émotif des infirmières auprès des parents par une communication ouverte, des soins individualisés et l'implication de ceux-ci dans les soins au nouveau-né (Turner, Chur-Hensen, et WineField, 2014). Une autre étude qualitative confirme que les infirmières discernent l'importance de leur rôle relativement aux soins à la famille (Trajkovski et al., 2012). Néanmoins, dans ces deux études, les infirmières expriment le besoin de recevoir une intervention éducative en lien avec les soins à la famille afin de tenir à jour leurs connaissances et leurs habiletés (Trajkovski et al., 2012; Turner et al., 2014).

Dans plusieurs milieux où les soins sont complexes, notamment à l'USIN, les données probantes révèlent que les infirmières manquent de connaissances et d'habiletés relativement aux soins à la famille (Cleveland, 2008; Duhamel, 2010; Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez

et Goudreau, 2015; Galarza-Winton et al., 2013; Khan, 2015; Trajkovski et al., 2012; Turner et al., 2014). En ce sens, une intervention éducative sur l'approche systémique familiale (l'ASF), basée sur les modèles de Calgary relatifs à l'évaluation (MCEF) et à l'intervention auprès de la famille (MCIF), s'avère une avenue stratégique pour pallier cette problématique (Wright et Leahey, 2013). L'ASF est un modèle de soins à la famille reconnu pour guider la pratique infirmière et pour favoriser la santé globale des familles dans divers milieux cliniques (Duhamel, 2015; Wright et Leahey, 2013).

Ce rapport de stage de maîtrise, divisé en trois sections, présente un projet clinique basé sur les fondements théoriques de l'ASF ainsi que des données probantes, soit une intervention éducative qui a été développée et mise à l'essai en vue d'optimiser les connaissances et les habiletés des infirmières d'une USIN quant aux soins à la famille. La première section détaille le but de l'intervention et ses objectifs, incluant les objectifs d'apprentissage. La deuxième section présente un article scientifique, qui sera soumis à un périodique, spécialisé en néonatalogie. Cet article regroupe la problématique (introduction, mise en contexte et but de l'article), le cadre de référence de l'ASF, les modalités du stage (milieu clinique, recrutement des participants, la description de l'intervention et l'évaluation de l'intervention), les retombées de l'intervention, la discussion et la conclusion. Enfin, la troisième section présente une discussion, sous forme d'analyse réflexive, quant à l'atteinte des objectifs de l'intervention en stage.

But et objectifs du stage

But de l'intervention en stage

Le but de l'intervention était de développer et mettre à l'essai une intervention éducative basée sur l'approche systémique familiale (ASF), incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale©, auprès d'infirmières d'une USIN. Ce projet clinique visait à optimiser les connaissances et les habiletés des infirmières relativement aux soins à la famille. L'outil clinique visait notamment à favoriser une meilleure continuité des soins.

Objectifs de l'intervention en stage

1. Développer une intervention éducative basée sur l'ASF destinée aux infirmières d'une USIN, incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale©.
2. Mettre à l'essai l'intervention éducative, auprès d'infirmières d'une USIN.
3. Évaluer les retombées de l'intervention éducative sur les connaissances, les habiletés, les outils et la satisfaction des infirmières participantes, à l'aide de questionnaires pré/post-intervention.

Objectifs d'apprentissage de l'étudiante à la maîtrise, facilitatrice de l'ASF

1. Acquérir des connaissances et des habiletés en méthodes d'enseignement, pour développer et de mettre à l'essai une intervention éducative, adaptée aux besoins pratiques des infirmières.
2. Consolider ses compétences en pratique infirmière avancée (PIA), notamment de pratique directe, de recherche, de *leadership*, d'experte-coaching, d'éthique et de collaboration (FSI, 2011; Hamric, Spross et Hanson, 2009).
3. Approfondir et consolider ses connaissances et ses habiletés sur l'ASF.
4. Développer ses habiletés relationnelles et de vulgarisation scientifique auprès des collaborateurs du projet (les infirmières, les infirmières gestionnaires et conseillères-cadres en sciences infirmières à l'USIN, divers chercheurs et autres professionnels).
5. Optimiser ses habiletés de rédaction scientifique.

Article

Une intervention éducative sur l'approche systémique familiale auprès d'infirmières de soins intensifs néonataux, incluant l'innovation d'un outil d'évaluation et d'intervention

[An Educational Intervention Based on the Family Systems Nursing Approach for Neonatal Intensive Care Nurses, Including the Innovation of an Assessment and Intervention Tool]

Marie-Sophie Cognard, inf., B. Sc., étudiante M. Sc.^a

Marilyn Aita, inf., Ph.D.^{bc}

Anne-Marie Martinez, inf., T.C.F, M. Sc.^{de}

Audrey Larone Juneau, inf., M. Sc.^f

^a Infirmière clinicienne, Unité des soins intensifs néonataux, CHU Sainte-Justine, Québec, Canada

^b Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

^c Chercheure au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine et au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), Canada

^d Professeure adjointe en formation pratique, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

^e Thérapeute conjugale et familiale, Montréal, Québec, Canada

^f Infirmière cadre-conseil en sciences infirmières, Volet soins critiques

Affiliation des auteurs : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Adresse de correspondance :

Marie-Sophie Cognard, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal,
marie-sophie.cognard@umontreal.ca

Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing

Résumé

Problématique : Considérant les impacts de l'hospitalisation d'un nouveau-né à l'unité des soins intensifs néonataux (USIN) sur le bien-être global de la famille, les infirmières devraient être outillées, de manière optimale, afin de soutenir adéquatement les besoins de chaque membre. L'optimisation de la pratique infirmière relativement aux soins à la famille en néonatalogie est devenue plus importante vu l'intérêt croissant de la recherche et de la pratique sur les soins centrés sur la famille ainsi que les soins intégrés à la famille.

But : Développer et mettre à l'essai une intervention éducative basée sur l'ASF afin d'optimiser les connaissances et les habiletés d'infirmières d'une USIN.

Participants : 13 infirmières de l'USIN d'un centre hospitalier universitaire mère-enfant à Montréal.

Évaluation : Deux questionnaires auto-administrés pré/post-intervention ont été élaborés.

Résultats : L'intervention éducative semble avoir amélioré les connaissances et les habiletés des infirmières à l'USIN. Généralisable à d'autres milieux de soins complexes, l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© s'avérerait utile pour la pratique en néonatalogie.

Mots clés : Intervention éducative, Infirmières, Soins à la famille, Soins intensifs néonataux, Approche systémique familiale.

Introduction

Lorsqu'une naissance survient avant terme ou que l'état de santé du nouveau-né nécessite une hospitalisation à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN), la famille vit souvent une expérience de santé bouleversante et imprévisible dans un environnement de soins complexe hautement technologique (Huot, 2010 ; Obeidat, Bond et Callister, 2009). Les parents peuvent faire face à plusieurs deuils, notamment, celui de mener une grossesse à terme, de vivre une naissance normale, d'avoir un enfant en santé, de cohabiter à proximité du nouveau-né, d'allaiter, etc. (Caulier, 2012; Heidari, Hasanpour et Fooladi, 2013). Ces parents sont donc à risque de vivre des problèmes de sommeil, des difficultés conjugales, de l'anxiété, et même un état de stress post-traumatique ou une dépression (Bicking et Moore, 2012 ; Busse, Stromgren, Thorngate, et Thomas, 2013; Manning, 2012). La fratrie aussi est sujette à vivre de l'anxiété et peut parfois exprimer du ressentiment envers le nouveau-né hospitalisé, compte tenu du changement de la routine familiale et de la présence moins assidue des parents à la maison et ce, pour une longue période (Beavis, 2007; Despars et al., 2013). Ce contexte de soins critiques peut générer un stress important chez tous les membres de la famille (Foster, Whitehead et Maybee, 2016 ; Sweet et Mannix, 2012). Ainsi, ce stress peut se manifester par des comportements d'adaptation, facilitants ou non (Smith, SteelFisher, Salhi et Shen, 2012; Duhamel, 2015).

Considérant les impacts de l'hospitalisation d'un nouveau-né à l'USIN sur le bien-être global de la famille, l'infirmière devrait être outillée, de manière optimale, pour évaluer les besoins holistiques de chaque membre, soit biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels, et pour les soutenir adéquatement (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones et Taylor, 2011; Bicking et Moore, 2012 ; Hall et al., 2015, Mundy, 2010 ; Placencia et McCullough,

2012). Les écrits scientifiques suggèrent d'évaluer les besoins des familles avec un plan de soins individualisé afin de limiter les impacts biopsychosociaux d'une hospitalisation prolongée à l'USIN (Mundy, 2010; Placencia et McCullough, 2012).

Mise en contexte

La dernière décennie marque l'évolution des sciences infirmières à l'USIN relativement aux soins à la famille, passant des soins centrés sur le patient, à des soins centrés sur la famille (Gooding et al., 2011) et actuellement, à des soins intégrés à la famille (Galarza-Winton, Dicky, O'leary, Lee, et O'Brien, 2013). Maintenant, plusieurs USIN orientent leurs soins autour de la famille globalement, pour ainsi mieux répondre aux besoins de chaque membre (Ramezani et al., 2014). Plus récemment, les parents sont inclus dans l'équipe soignante comme partenaires de soins et participent aux décisions relatives à la santé du nouveau-né (Griffin, 2006; Jones, Taylor, Watson, Fenwick, et Dordic, 2015). Or, cette évolution demande aux infirmières d'interagir davantage avec les familles dans leur pratique. Donc, pour optimiser le soutien aux familles en fonction de leurs besoins spécifiques, les infirmières doivent disposer de nouvelles connaissances, d'habiletés et d'outils efficaces.

Le rôle de l'infirmière en néonatalogie consiste à évaluer l'état de santé, à prodiguer des soins ou des traitements auprès de nouveau-nés hospitalisés ainsi qu'à soutenir leur famille face à une problématique de santé complexe, et ce, dans le but de favoriser la santé globale des familles (ANA, 2004; OIIQ, 2017). Les résultats d'une étude qualitative soulignent l'importance du soutien émotif des infirmières auprès des parents par la communication ouverte, les soins individualisés et l'implication de ceux-ci dans les soins du nouveau-né (Turner, Chur-Hensen, et WineField, 2014). Les résultats d'une autre étude qualitative

attestent, notamment, que les infirmières reconnaissent l'importance de leur rôle relativement aux soins à la famille (Trajkovski et al., 2012). Les retombées de ces deux études ont aussi révélé que les infirmières manifestent le besoin d'une intervention éducative, afin de mettre à jour leurs connaissances et leurs habiletés et ultimement, d'optimiser la pratique relativement aux soins à la famille (Trajkovski et al., 2012; Turner et al., 2014).

Plusieurs écrits scientifiques confirment que, dans les milieux de soins où les problématiques de santé sont complexes, tout comme à l'USIN, les infirmières manquent de connaissances et d'habiletés quant aux soins à la famille (Cleveland, 2008; Duhamel, 2010; Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez et Goudreau, 2015; Galarza-Winton et al., 2013; Khan, 2015; Trajkovski et al., 2012; Turner et al., 2014). Néanmoins, il existe plusieurs modèles de soins à la famille reconnus pour guider la pratique infirmière. L'approche systémique familiale (ASF), basée sur les modèles de Calgary relatifs à l'évaluation de la famille (MCEF) et à l'intervention auprès de la famille (MCIF) de Wright et Leahey (2013), s'avérerait une stratégie efficace pour outiller les infirmières, ainsi que pour optimiser leurs connaissances et leurs habiletés relativement aux soins à la famille dans le contexte d'une USIN. Cette approche permettrait de répondre aux besoins identifiés par les infirmières en néonatalogie (Wright et Leahey, 2013), soit le manque de connaissances, d'habiletés et d'outils quant aux soins à la famille. De plus, l'ASF s'applique facilement (Lee, Leung, Lingchan, et Chung, 2010) et ses outils s'adaptent à tout milieu de soins (Duhamel, 2015 ; Holtslander, 2005).

Des études ont évalué les bénéfices d'interventions éducatives sur l'ASF pour les infirmières en divers contextes, dont la pédiatrie (LeGrow et Rossen, 2005; Martinez, D'Artois, et Rennick, 2007; Svavardottir et al., 2014), la psychiatrie (Goudreau, Duhamel et Ricard, 2006) ainsi que les établissements d'enseignement (Duhamel et al., 2015; Lee, Leung et Mak,

2011). Ces interventions amélioreraient leur relation avec les familles, ainsi que leur attitude, leur intérêt et leur satisfaction relativement aux soins à la famille (LeGrow et Rossen, 2005; Lee, Leung et Mak, 2011; Svavardottir et al., 2014), tout comme leurs connaissances, leurs habiletés et leur confiance à intervenir auprès des familles (Duhamel et al., 2015; Goudreau et al., 2006; Lee, Leung et Mak, 2011; Martinez, D'Artois, et Rennick, 2007; Svavardottir et al., 2014). La plus courte intervention éducative sur l'ASF recensée dans les écrits scientifiques est celle de Martinez et collaborateurs (2007) qui avait été offerte à des infirmières d'une unité de médecine pédiatrique. Cette intervention éducative comprenait deux ateliers d'apprentissage d'une durée de deux heures, portant sur les notions théoriques de l'ASF, soit les modèles de Calgary relatifs à l'évaluation et à l'intervention familiale ainsi que sur les cinq éléments clés de l'entrevue familiale de 15 minutes ou moins de Wright et Leahey (2013) (Martinez et al., 2007). À la suite de ces ateliers, l'intervention incluait aussi deux rencontres individuelles de *coaching* afin de renforcer les connaissances et habiletés de chaque infirmière sur l'ASF. Après l'intervention, les infirmières ont relevé certains avantages pour leur pratique où elles se percevaient plus compétentes à effectuer leurs évaluations familiales, en recueillant plus facilement les informations pertinentes sur les familles et en apprenant ainsi à mieux les connaître (Martinez et al., 2007). Les cinq éléments clés de l'entrevue familiale de 15 minutes ou moins furent un guide particulièrement précieux lors de leurs interventions auprès des familles (Martinez et al., 2007).

Selon une récente revue des écrits, il ne semble exister aucune intervention éducative sur l'ASF destinée aux infirmières dans un contexte de soins intensifs néonataux. Cet article présente donc, le développement et la mise à l'essai d'une courte intervention éducative sur l'ASF auprès d'infirmières d'une USIN, incluant l'innovation d'un outil d'évaluation et

d'intervention familiale©. Ce projet clinique, basé sur les fondements théoriques de l'ASF ainsi que des données probantes, visait à optimiser les connaissances et les habiletés des infirmières relativement aux soins à la famille. L'outil clinique servait notamment à mieux répondre aux besoins des familles à l'USIN et améliorer la continuité des soins. Ainsi, cette intervention éducative sur l'ASF s'est inspirée de la structure de l'intervention de Martinez et collaborateurs (2007), compte tenu de ses bénéfices pour la pratique infirmière.

Approche systémique familiale : Cadre de référence

L'intervention éducative sur l'ASF, développée dans ce projet clinique, se base sur les fondements théoriques de l'ASF, soit les modèles de Calgary relatifs à l'évaluation et l'intervention auprès de la famille (MCEF/MCIF) (Wright et Leahey, 2013). Cette approche guide la pratique infirmière relativement aux soins à la famille, favorise une meilleure communication infirmière-famille et permet de mieux répondre aux besoins de ses membres. Le modèle de Calgary relatif à l'évaluation de la famille (MCEF) propose l'utilisation de deux outils, soit le *génogramme* et l'*écocarte*, qui aident l'infirmière à réaliser une évaluation des besoins de la famille, sous forme d'entrevue familiale ou de conversation thérapeutique (Wright et Leahey, 2013). Ces outils lui permettent de mieux comprendre : (a) la réalité de chaque famille, (b) les croyances facilitantes ou contraignantes qui favorisent ou limitent la capacité des membres de la famille de s'adapter à la problématique de santé, (c) les forces et les ressources familiales, ainsi que (e) l'influence mutuelle entre la dynamique familiale et l'évolution de la problématique de santé (Duhamel, 2015; Wright et Leahey, 2013). Le *génogramme* et de l'*écocarte* s'avèrent utiles lors du premier contact pour établir un lien de confiance infirmière-famille (Duhamel, 1994). Par ailleurs, le modèle de Calgary relatif à l'intervention auprès de la famille (MCIF) tient compte des besoins holistiques, des forces et

des ressources de la famille et propose à l'infirmière d'utiliser des interventions systémiques familiales. Il suggère une perspective relationnelle, de neutralité et de collaboration non hiérarchique, afin de faciliter l'adaptation de la famille traversant une expérience de santé complexe (Wright et Leahey, 2013). Selon le MCIF, l'infirmière est facilitatrice de changement. En effet, elle tente de créer un environnement propice au changement, en proposant des interventions adaptées aux besoins, aux préoccupations et aux croyances des membres de la famille, qui concordent à leur structure bio-psycho-socio-culturelle et spirituelle (Duhamel, 2015 ; Wright et Leahey, 2013).

Pour appliquer les modèles MCEF et MCIF en pratique, Wright et Leahey (2013) proposent cinq éléments clés qui guident l'infirmière à réaliser une entrevue familiale de 15 minutes ou moins, soit : 1. L'entretien ou la conversation thérapeutique (actif, spécifique avec un but, adapté aux besoins de la famille et limité dans le temps), 2. Le savoir-vivre (les bonnes manières), 3. L'utilisation du *génogramme* et de l'*écocarte*, 4. Les questions thérapeutiques (cinq questions systémiques familiales les plus reconnues), et 5. La mise en valeur des forces individuelles et familiales (ressources ou compétences observées). Deux études confirment l'efficacité de l'entrevue familiale de 15 minutes ou moins pour le bien-être des familles, ainsi que la confiance et la satisfaction professionnelle des infirmières, haussant leurs habiletés à intervenir auprès des familles (Svavarsdottir et al., 2012 ; Martinez et al., 2007). Par ailleurs, une étude a recueilli la perception des infirmières relative à l'utilisation de l'ASF (Duhamel et al., 2015). Ces infirmières suggèrent de formaliser l'ASF en pratique et de développer des outils qui feront désormais partie du protocole des soins à la famille (Duhamel et al., 2015).

Alors que l'ASF a davantage été étudiée de manière théorique et empirique auprès de la clientèle adulte, ses bienfaits sont reconnus et adaptables à tous les milieux de soins (RNAO, 2006; Duhamel, 2015). Récemment, des études sur l'ASF, liées au domaine du transfert des connaissances vers la pratique clinique, mettent en évidence l'importance du rôle d'une infirmière facilitatrice de l'ASF auprès des infirmières pour soutenir l'acquisition de nouvelles connaissances (Carapetian, 2008; Duhamel, 2010, Duhamel et al., 2015). En effet, les infirmières manifestent le besoin d'être soutenues afin de mettre en pratique l'ASF (Carapetian, 2008; Duhamel et al., 2015). Pour opérationnaliser le MCIF, faciliter l'apprentissage des infirmières et favoriser l'utilisation des interventions systémiques familiales, Duhamel (2015) a développé la typologie des 4«E» (reconnaitre l'Existence, l'Expérience, l'Expertise, et le besoin d'Espoir) regroupant les interventions les plus reconnues par les familles, sous forme de tableau aide-mémoire. Duhamel et Campagna (2008) offre aussi un *génographe* (un normographe aide-mémoire), afin de faciliter le dessin du *génogramme* et de l'*écocarte* en pratique.

Intervention éducative : Développement et mise à l'essai

Milieu clinique

L'intervention éducative sur l'ASF a été mise à l'essai, par une infirmière facilitatrice de l'ASF, dans une USIN d'un centre hospitalier universitaire mère-enfant à Montréal comprenant 65 lits pour nouveau-nés (27 lits de soins intensifs et 38 lits de soins intermédiaires) où œuvrent 187 infirmières. Cette USIN accueille des familles de toutes les régions du Québec et tend à promouvoir une philosophie de soins centrés sur la famille. La politique des visites et l'organisation physique des lieux permettent aux parents et jusqu'à

quatre personnes significatives de visiter le nouveau-né. Un nombre maximal de deux visiteurs peuvent être présents en même temps au chevet du bébé. Pour la fratrie, les heures de visites sont flexibles, mais une fiche de santé doit être complétée avant la visite pour assurer la prévention des infections.

Recrutement des participants

L'intervention éducative s'adressait à l'ensemble des infirmières de l'USIN et visait à regrouper entre 10 et 15 participantes. Les seuls critères à respecter pour participer à cette intervention consistaient à posséder au moins un an d'expérience à l'USIN. Comme stratégies de recrutement, l'intervention éducative a été présentée aux infirmières en personne, par courriel et par affiche. La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal a accrédité l'intervention éducative afin d'offrir, aux infirmières, des heures de formation continue reconnues par leur ordre professionnel. Enfin, le comité éthique de recherche du centre hospitalier où s'est déroulée l'intervention, a approuvé l'ensemble du projet et ses modalités.

Description de l'intervention

Pour faciliter l'apprentissage et favoriser l'utilisation de l'ASF en pratique, le contenu de l'intervention éducative (voir Figure 1) a mis l'accent sur les cinq éléments clés de l'entrevue familiale de 15 minutes ou moins de Wright et Leahey (2013), ainsi que sur la typologie des 4«E» de Duhamel (2015) qui regroupe les interventions systémiques familiales les plus reconnues de l'ASF. Par ailleurs, un outil d'évaluation et d'intervention familiale© a été conçu, ayant pour objectif de mettre en pratique des connaissances et habiletés de l'ASF, selon les cinq éléments clés de l'entrevue familiale de 15 minutes ou moins et documenter des

plans de soins individualisés à la famille à l'USIN (Mundy, 2010; Placencia et McCullough, 2012; Wright et Leahey, 2013). Il comprend le *génogramme*, l'*écocarte*, les questions systémiques familiales les plus utiles, la mise en valeur des forces et croyances familiales, ainsi que les recommandations des infirmières en lien avec leurs évaluations (Wright et Leahey, 1999 et 2013).

De plus, l'intervention éducative a été élaborée de manière interactive afin de favoriser un apprentissage actif (Poellhuber, 2016). Or, les activités d'apprentissages de type interactif et de simulation s'avèrent des formules pédagogiques efficaces (Chamberland, Lavoie et Marquis, 2011). Donc, les formules pédagogiques de l'enseignement théorique programmé, du jeu et de l'étude de cas ont été utilisées pour susciter la motivation, l'interaction, l'implication, la communication, l'échange de connaissances, l'anticipation de situations éventuelles et le développement de nouvelles habiletés (Chamberland, Lavoie et Marquis, 2011; Hall et al., 2015). De plus, le rôle d'une infirmière facilitatrice de l'ASF a été utilisé comme stratégie d'enseignement, afin de soutenir l'acquisition de connaissances et d'habiletés chez les infirmières, et notamment de faciliter l'application de l'ASF (Carapetian, 2008; Duhamel, 2010, Duhamel et al., 2015).

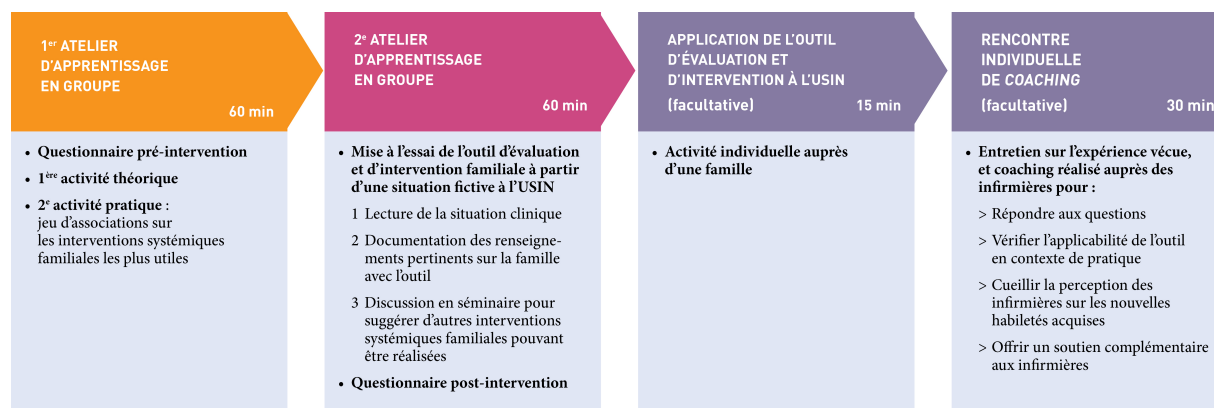


Figure 1. Description de l'intervention éducative





Encadrée par l’infirmière facilitatrice de l’ASF, l’intervention éducative comportait deux rencontres planifiées, soit deux ateliers d’apprentissage en groupe d’une durée d’une heure. S’ajoutaient aussi deux autres activités importantes, mais facultatives (compte tenu de changements organisationnels), soit l’application de l’outil à l’USIN et la rencontre individuelle de coaching. L’intervention s’est déroulée sur cinq semaines, à l’heure du dîner ou du souper, dans un local près de l’USIN, dédié aux formations professionnelles. Toutes les activités de l’intervention ont été espacées d’environ une semaine pour permettre aux infirmières d’assimiler les notions théoriques et les habiletés acquises dans les activités précédentes.

Premier atelier d’apprentissage : Enseignement théorique et jeu. Le premier atelier d’apprentissage incluait deux formules pédagogiques interactives, soit l’enseignement théorique programmé et le jeu. Ces deux activités d’apprentissage, en groupes, visaient à familiariser les infirmières avec les connaissances et les habiletés de l’ASF afin qu’elles reconnaissent les interventions systémiques familiales les plus utiles à la pratique en néonatalogie. Elles mettaient l’accent sur l’importance de suggérer des interventions adaptées aux besoins, préoccupations et croyances de la famille, concordant à sa structure bio-psycho-socio-culturelle et spirituelle (Duhamel, 2015 ; Wright et Leahey, 2013).

À l’aide d’un support visuel, la première activité théorique abordait : (a) l’utilité de l’ASF et de la perspective systémique familiale (incluant la théorie de la biologie de la connaissance, la théorie des systèmes, le principe de neutralité et de collaboration non-hiérarchique); (b) une brève introduction aux modèles de Calgary (MCEF/MCIF); et (c) les cinq éléments clés de l’entrevue familiale de 15 minutes ou moins. L’atelier s’est poursuivi avec une deuxième activité d’apprentissage, soit un jeu d’associations sur les interventions systémiques familiales les plus utiles à l’USIN (voir Figure 2), selon la typologie des 4«E» de Duhamel (2015), à l’aide d’une grande affiche et de cartons plastifiés à velcro.

Lors de cette activité, basée sur la typologie des 4«E» de Duhamel (2015), les infirmières devaient associer les interventions systémiques familiales, à la grande catégorie d'interventions des 4«E», en fonction de l'utilité des interventions. À la fin de ce premier atelier d'apprentissage, la chemise pochette remise aux infirmières regroupaient les outils les plus importants à utiliser en pratique clinique et lors des prochaines rencontres : le *génographe*, l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©, ainsi qu'un signet aide-mémoire© sur les interventions systémiques familiales les plus utiles.

JEU D'ASSOCIATIONS SUR LES INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES FAMILIALES LES PLUS UTILES

RECONNAÎTRE LES 4 «E»	LES INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES FAMILIALES LES PLUS UTILES	L'UTILITÉ
L'EXISTENCE Favorise l'établissement d'un lien de confiance 	1 <i>Élaborer un génogramme et une écarte avec courtoisie et chaleur</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Permet à l'infirmière de mieux comprendre le contexte familial et ses ressources externes
L'EXPÉRIENCE Favorise la neutralité 	2 <i>Démontrer de l'écoute active</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Permet aux membres de la famille d'exprimer plus ouvertement leurs préoccupations
	3 <i>Légitimer l'expérience</i> > Ressortir la logique qui sous-tend les pensées, les comportements ou les sentiments de l'autre personne.	<ul style="list-style-type: none"> • Encourage les membres de la famille à se sentir respectés et mieux compris, dans l'expérience de santé
	4 <i>Poser des questions systémiques, parmi les plus utiles :</i> - Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment ? - Qui vous aide le plus à composer avec ce défi ? - Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle ? - De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment ? - Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé ? - Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est-ce qui vous aiderait le plus ?	<ul style="list-style-type: none"> • Ressort les plus importants besoins et ressources des membres de la famille • Oriente les interventions infirmières
	5 <i>Offrir des suggestions sous forme de question</i> ex : que pensez-vous de vous offrir des moments de répit ?	<ul style="list-style-type: none"> • Reflète un respect envers les propres jugements de la famille, face aux suggestions offertes
L'EXPERTISE 	6 <i>Souligner les forces du système familial (couple, parents et fratrie) et, mobiliser les ressources de la famille</i> ex : spiritualité ou religion, amis, grands-parents, tante ou oncle, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Rehausse la confiance des membres de la famille en leurs propres compétences
LE BESOIN D'ESPOIR 	7 <i>Rassurer et offrir de l'espoir</i> ex : rassurer la famille que le nouveau-né reçoit les meilleurs soins dont il a besoin.	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue l'anxiété de la famille face à l'imprévisibilité et l'instabilité de la problématique de santé • Favorise un sentiment de confiance envers les ressources disponibles
	8 <i>Mobiliser d'autres ressources professionnelles favorables à leur adaptation</i> ex : groupe de soutien, travailleur-social, psychologue, intervenant en soins spirituels, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue le sentiment d'isolement dans l'expérience de santé

© Marie-Sophie Cognard, 2017, inf. B. Sc., étudiante M. Sc.

(Basé sur Duhamel, 2015)

Figure 2. Les interventions systémiques familiales les plus utiles

Deuxième atelier d'apprentissage : Étude de cas. Le deuxième atelier d'apprentissage incluait une formule pédagogique interactive, soit l'étude de cas, visant à soutenir les infirmières, en groupes, dans une mise à l'essai de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© afin qu'elles utilisent les interventions systémiques familiales les plus utiles à la pratique en néonatalogie. Ainsi, à l'aide du soutien de l'infirmière facilitatrice de l'ASF, les participantes ont mis à l'essai cet outil, avec le *génographe*, à partir d'une situation clinique fictive. Cette activité d'apprentissage s'est déroulée en trois parties, soit la lecture de la situation clinique, la documentation des renseignements pertinents sur la famille à l'aide de l'outil, et la discussion en groupe pour suggérer d'autres interventions systémiques familiales pouvant être réalisées auprès de la famille fictive.

L'application de l'outil d'évaluation et d'intervention à l'USIN. La troisième activité d'apprentissage, qui était facultative, visait à familiariser les infirmières à l'application de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© auprès d'une famille à l'USIN. Les infirmières ont donc été invitées à utiliser l'outil en contexte de pratique. L'activité visait également à ce que les infirmières développent davantage leurs habiletés individuelles relativement aux soins à la famille et apprécient l'utilité de cet outil.

La rencontre individuelle de *coaching*. La quatrième activité d'apprentissage, aussi facultative, consistait en une rencontre individuelle avec l'infirmière facilitatrice de l'ASF une semaine après l'application de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© à l'USIN. Cette activité visait à vérifier l'applicabilité de l'outil, et à soutenir davantage les connaissances et les habiletés de l'infirmière afin qu'elle applique cet outil en contexte de pratique.

Évaluation de l'intervention éducative

Les retombées de l'intervention ont été évaluées, avant et après la mise à l'essai des ateliers d'apprentissage en groupe, à l'aide de deux questionnaires auto-administrés. Ils ont été révisés par un comité scientifique d'experts spécialisés en ASF et en néonatalogie. Ces questionnaires pré/post-intervention incluaient des énoncés à choix de réponses, selon l'échelle de Likert, ainsi que des questions à court développement. Ils ont permis de recueillir la perception des infirmières quant aux nouvelles connaissances ou habiletés acquises et d'obtenir leur appréciation sur l'intervention. Afin de cibler l'information la plus importante, les questions à court développement ont été formulées en considérant le cadre de référence de l'ASF, sous forme de questions systémiques « axées sur la différence », soit en utilisant la formulation «le plus» (Duhamel, 2015; Wright et Leahey, 2013). De plus, durant les rencontres individuelles suivant l'application de l'outil auprès d'une famille à l'USIN, l'infirmière facilitatrice de l'ASF a noté les commentaires des infirmières sur l'applicabilité et l'utilité de l'outil en contexte de pratique (facilités ou les difficultés rencontrées), ainsi que leur perception des nouvelles habiletés acquises. Toutes les données recueillies sont demeurées confidentielles.

Retombées de l'intervention

Participants

La période de recrutement s'est déroulée sur trois semaines. Treize infirmières ayant de 1 à 28 ans d'expérience en néonatalogie ont participé aux deux activités d'apprentissages de l'intervention éducative et ont complété les questionnaires pré et post-intervention. Elles ont été réparties en trois groupes, respectant leur horaire de travail établi. Enfin, quatre infirmières, de

ces treize au total, ont accepté volontairement de participer aux dernières étapes facultatives de l'intervention, soit la mise à l'essai de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© auprès d'une famille à l'USIN et à la rencontre individuelle post-application.

Interventions familiales utilisées et besoins des infirmières pré-intervention

Avant la mise à l'essai de l'intervention, les questions ouvertes à court développement visaient à identifier les interventions familiales les plus fréquemment utilisées par les infirmières à l'USIN, ainsi que leur plus grand besoin ou préoccupation quant aux soins à la famille. L'ensemble des réponses étaient variées (voir Tableau 1). Parmi les réponses rapportées, les infirmières ont précisé utiliser les questions ouvertes (3/15) et l'écoute active (3/15) lors de leurs interventions familiales. De plus, le plus grand besoin des infirmières relativement aux soins à la famille était d'améliorer la continuité des soins (4/13), et la plus grande préoccupation était celle du manque de ressources, de temps et/ou de personnel, pour répondre adéquatement aux besoins des parents à l'USIN (3/13).

Tableau 1. Interventions familiales utilisées et plus grand besoin/préoccupation

QUESTION 1		QUESTION 2	
« Comme infirmière à l'USIN, quelles interventions familiales utilisez-vous le plus en pratique ? »	Nombre de fois où la réponse est rapportée	« Actuellement à l'USIN, quel est votre plus grand besoin ou préoccupation, quant aux soins à la famille »	Nombre de fois où la réponse est rapportée
Réponses des infirmières		Réponses des infirmières	
• « Les questions ouvertes pour recueillir «l'histoire familiale» ou «l'expérience de santé »	3	• « Besoin de continuité des soins »	4
• « L'écoute active »	3	○ Besoin : « être en mesure de mieux encadrer et soutenir la famille »	1
• « La relation d'aide »	3	○ « Besoin d'une approche personnalisée selon les besoins de la famille »	1
○ « Souligner les forces »	1	○ « Besoin de connaître les préoccupations ou inquiétudes des familles »	1
○ « Impliquer la famille dans les soins du nouveau-né »	1	○ « Besoin de préparer la famille au congé de leur bébé »	1
○ « Impliquer chaque membre de la famille pour voir le positif durant une situation difficile » (encourager la famille à percevoir positivement l'expérience de santé)	1	• Préoccupation : « le manque de temps » (pour combler les attentes et les besoins de la famille)	3
○ « Recueillir les préoccupations de la famille »	1	○ Préoccupation : « le manque de personnel » et « le modèle d'organisation des soins intégraux »	1
○ « Évaluation du bien-être psychologique (avec référence au psychologue si besoin) »	1		
○ « Écoute et discussion afin d'aider la famille »	1		
○ « Rencontres et approche avec la famille » (entretien avec la famille)	1		
○ « Réflexion et reflet »	1		

Connaissances, habiletés et outils des infirmières pré et post-intervention

Le tableau 2 présente les réponses des infirmières aux questionnaires pré et post-intervention, selon l'échelle de Likert, sur leurs connaissances, habiletés et outils quant aux soins à la famille. La comparaison des résultats montre une évolution positive de la perception des infirmières en lien avec les énoncés. Après l'intervention éducative, presque 100% des infirmières ont jugé avoir les connaissances, les habiletés et les outils nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN.

Tableau 2. Connaissances, habiletés et outils des infirmières pré et post-intervention

	PRÉ-INTERVENTION Nombre d'infirmières (n=13) et pourcentage (%)					POST-INTERVENTION Nombre d'infirmières (n=13) et pourcentage (%)				
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Indécis	Plutôt d'accord	Totalement d'accord	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Indécis	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Je crois avoir les connaissances nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN	1	4	2	5	1	0	0	0	8	5
	54%			46%		0%			100%	
Je crois avoir les habiletés nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN	1	1	0	10	1	0	0	1	7	5
	15%			85%		8%			92%	
Je crois avoir les outils nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN	1	7	3	2	0	0	0	0	3	8
	85%			15%		0%			100%	
Je suis capable d'élaborer un <i>génogramme</i> et une <i>écocarte</i>	3	3	1	2	4	0	0	0	2	11
	54%			46%		0%			100%	

Satisfaction globale des infirmières post-intervention

Dans l'ensemble, selon les réponses au questionnaire post-intervention, les infirmières ont affirmé être satisfaites de l'intervention éducative sur l'ASF. Elles ont toutes mentionné que le contenu théorique de l'intervention était pertinent pour la pratique en néonatalogie et que les stratégies éducatives étaient stimulantes. Elles ont également estimé que l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© était utile pour la pratique à l'USIN. L'intervention semble donc avoir répondu au besoin d'apprentissage des infirmières.

Utilité et appréciation de l'intervention

Après la mise à l'essai de l'intervention, les questions ouvertes à court développement visaient à évaluer plus spécifiquement l'utilité et l'appréciation de l'intervention. Selon les réponses des infirmières, l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© s'est avéré le plus utile pour la pratique clinique. De plus, les stratégies éducatives choisies (formules pédagogiques) ont été les plus appréciées de l'intervention. Toutefois, le moment planifié des ateliers d'apprentissage, soit l'heure du repas, a été le moins apprécié. De plus, d'autres suggestions au sujet de l'intervention ont été offertes par les infirmières : (a) mettre en place l'intervention éducative à l'unité, incluant l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©, afin d'améliorer la communication interdisciplinaire en lien avec les soins à la famille, (b) intégrer le rôle d'une infirmière spécialisée en soins à la famille pour soutenir les infirmières en pratique, (c) augmenter le nombre de situations fictives pour la mise à l'essai de l'outil, et (d) allonger d'environ vingt minutes la durée des ateliers d'apprentissage.

Rencontres individuelles : Appréciation de l'application de l'outil à l'USIN

Lors des rencontres individuelles après l'application de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© auprès de familles l'USIN, les quatre infirmières ont affirmé avoir fortement apprécié cette activité qui leur a permis d'échanger et interagir davantage avec la famille. Elles ont toutes estimé que cet outil était utile et applicable dans leur USIN. Elles ont également conclu que l'intégration de l'outil s'avérerait une bonne stratégie pour assurer une meilleure continuité des soins pour les familles, surtout si elles étaient éventuellement confrontées à des difficultés sociales ou à de longues hospitalisations. Une infirmière a mentionné qu'elle visualisait mieux les informations pertinentes sur la famille avec l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©. Deux d'entre elles, possédant déjà des notions sur l'ASF avant même de participer à l'intervention éducative, ont attesté que les notions théoriques de l'ASF et ses outils (le *génogramme*, l'*écocarte* et le *génographe*) leur apparaissaient maintenant plus adaptés à l'usage pratique.

Bien que l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© se basait sur les cinq éléments clés de l'entrevue familiale de 15 minutes ou moins, l'ensemble des participantes ont rapporté avoir nécessité plus de 30 minutes pour compléter l'activité. Les infirmières ont eu de la difficulté à limiter leur temps de conversation avec les parents, n'ayant pas annoncé dès le début que l'entretien était spécifique et limité dans le temps. D'abord, l'infirmière facilitatrice de l'ASF a favorisé une réflexion sur ce sujet en questionnant les infirmières sur ce qu'elles auraient aimé faire différemment, si elles avaient pu refaire cet échange avec les familles. Par la suite, elle a réalisé du renforcement positif en soulignant l'importance de solliciter l'aide de ses collègues, lorsque l'intervention familiale exige plus de temps que prévu, afin de pouvoir terminer adéquatement l'entretien avec les parents et d'assurer la réalisation des soins auprès

des nouveau-nés sous ses soins. De plus, même si deux participantes en étaient à leur premier contact avec l'ASF, il a été intéressant de constater que l'ensemble des participantes ont rempli adéquatement le *génogramme et l'écocarte* inclus dans l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©. Comme ces deux participantes doutaient de leur capacité à remplir cet outil, l'infirmière facilitatrice de l'ASF a réalisé du renforcement positif auprès d'elles en soulignant l'importance d'interagir avec la famille, puisque ce dernier visait ultimement à outiller les infirmières en pratique auprès des familles. Les rencontres individuelles post-application de l'outil ont souligné l'importance de la communication et du partage d'informations entre l'infirmière et la famille. Enfin, en vue d'optimiser l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© à l'USIN, une participante a suggéré d'ajouter une section de recommandations d'interventions suite à la section d'impressions cliniques. Ainsi, les infirmières pourraient documenter leurs évaluations et interventions en lien avec l'adaptation et l'organisation de la famille durant l'hospitalisation.

Discussion

Retombées de l'intervention sur les connaissances et les habiletés des infirmières

Les réponses des infirmières au questionnaire pré-intervention démontrent qu'elles étaient partagées à savoir si elles détenaient les connaissances et les outils nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN. Paradoxalement, la majorité des infirmières ont affirmé être plutôt confiantes en leurs habiletés à intervenir auprès des familles à l'USIN. Lorsqu'elles ont répondu à ces énoncés, il est possible qu'elles se soient basées sur leur savoir-faire expérientiel, soit leurs connaissances acquises avec l'expérience professionnelle (Pépin, Kérouac et Ducharme, 2010). De plus,

selon l'étude de Duhamel et collaborateurs (2015), pour encourager l'utilisation l'ASF en pratique clinique, il importe que les infirmières soient confiantes en leurs habiletés et démontrent un intérêt pour les soins à la famille. Ainsi, la confiance des participantes en leurs habiletés pourrait aussi signifier leur intérêt envers les soins à la famille, en raison de leur rôle à l'USIN qui consiste principalement à soutenir la santé globale des familles face à une problématique de santé complexe (ANA, 2004; OIIQ, 2017). L'intérêt des infirmières quant aux soins à la famille semble avoir été un facteur d'apprentissage facilitant aux retombées positives de l'intervention.

Par ailleurs, avant la mise à l'essai de l'intervention, les infirmières ont nommé les interventions familiales qu'elles utilisaient le plus fréquemment à l'USIN. Les interventions rapportées étaient générales et non spécifiques. Ce manque de précision pourrait s'expliquer du fait que les questions posées dans le questionnaire pré-intervention étaient également non spécifiques. Tout de même, il est possible de relier certaines réponses des infirmières aux interventions systémiques familiales de l'ASF, comme poser des questions ouvertes, souligner les forces de la famille et démontrer une écoute active. Dès lors, ces réponses insinuent que quelques infirmières possédaient certaines connaissances ou habiletés de l'ASF avant la mise à l'essai de l'intervention. Par ailleurs, bien que la majorité des infirmières aient mentionné détenir les habiletés nécessaires pour intervenir auprès des familles, seulement la moitié se sont dites outillées à élaborer un *génogramme* et une *écocarte*. Cette incohérence pourrait aussi révéler un manque de connaissances chez les infirmières, ou d'habiletés à utiliser ces outils.

Après l'intervention éducative, selon les réponses des infirmières au questionnaire post-intervention, elles ont presque toutes jugé avoir les connaissances, les habiletés et les outils nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à

l'USIN. À la suite des rencontres individuelles, les quatre infirmières se sont estimées mieux outillées pour intervenir auprès des familles, ainsi que compétentes pour élaborer un *génogramme* et une *écocarte* en contexte pratique à l'USIN. D'une part, dans leur ensemble, les retombées permettent de conclure que l'intervention éducative semble avoir été efficace pour optimiser les connaissances et habiletés des infirmières en néonatalogie; d'autre part, que l'intégration d'un outil d'évaluation et d'intervention familiale© incluant un *génogramme* et une *écocarte*, dans une perspective d'application infirmière, s'avérerait utile pour guider la pratique relativement aux soins à la famille à une USIN. L'étude de Duhamel et collaborateurs (2015) souligne l'importance d'offrir aux infirmières un outil pour ritualiser et faciliter l'application de l'ASF en pratique. Selon Duhamel et collaborateurs (2015), plus les infirmières mettront en pratique leurs connaissances et leurs habiletés de l'ASF auprès de familles à l'USIN, à l'aide d'un outil d'évaluation et d'intervention familiale©, plus elles utiliseront aisément et de manière concise les interventions systémiques familiales. Ainsi, elles s'estimeront plus confiantes à intervenir auprès des familles et appliqueront davantage l'ASF.

Retombées de l'intervention sur la satisfaction des infirmières

Lors des ateliers d'apprentissage, les infirmières étaient dynamiques et motivées. Elles semblent avoir particulièrement apprécié le jeu d'associations qui représentait aussi un défi, car elles devaient associer avec précision, à l'aide d'indices, les interventions systémiques familiales à une des grandes catégories d'interventions des 4«E». Une proportion de 85 % des infirmières ont confirmé que le jeu d'associations leur avait permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur les interventions systémiques familiales les plus utiles à la pratique clinique dans une USIN. De plus, 92% des infirmières étaient d'accord que la mise à l'essai de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© leur avait permis d'acquérir de nouvelles habiletés

pour évaluer et intervenir auprès des familles. Les formules pédagogiques du jeu et de l'étude de cas semblent alors avoir été d'excellents moyens pour motiver les infirmières et favoriser l'acquisition de connaissances (Chamberland, Lavoie et Marquis, 2011). Aussi, toutes les infirmières ont mentionné que les trois stratégies éducatives utilisées dans l'intervention étaient stimulantes. À la lumière des réponses des infirmières il a été pertinent de considérer dans cette intervention une combinaison de formules pédagogiques afin de susciter leur attention et de favoriser différents niveaux d'apprentissage, tels que suggéré par Chamberland et collaborateurs (2011) ainsi que NICE (2007).

Néanmoins, le moment des ateliers d'apprentissage en groupe, soit l'heure du repas, semblait sous-optimal à l'apprentissage des infirmières. Elles auraient préféré que l'intervention éducative se déroule hors des heures de travail et que le temps alloué aux ateliers d'apprentissages soit plus long. Elles auraient possiblement même ajouté un troisième atelier. En vue d'offrir à nouveau cette intervention, il serait donc pertinent de valider auprès des infirmières la période qui leur semblerait optimale pour réaliser des ateliers d'apprentissage.

Retombées de l'intervention suite aux rencontres individuelles

Dans l'ensemble, les participantes ont pris plus de 30 minutes pour compléter l'entrevue à l'aide de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©. Il est possible que l'intervention éducative n'ait pas habilité suffisamment les infirmières afin d'appliquer l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© en 15 minutes ou moins. Toutefois, plus les infirmières utiliseront cet outil, plus elles consolideront leurs habiletés de l'ASF ainsi que leur jugement clinique en repérant les interventions systémiques familiales qui leur sembleront davantage prioritaires selon la situation donnée. Wright et Leahey (2013) suggèrent de

toujours spécifier la nature des interventions et la contrainte de temps, afin de tenir ses engagements vis-à-vis la famille et de maintenir un lien de confiance.

Par ailleurs, comme la mise à l'essai de l'intervention coïncidait avec des changements organisationnels, cette contrainte contextuelle pourrait avoir restreint le temps dont les infirmières disposaient pour appliquer l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©. Ainsi, seulement quatre infirmières ont participé à cette étape, alors que sans cette contrainte, un plus grand nombre d'infirmières auraient probablement pu y participer. Néanmoins, les propos des infirmières, tenus lors des rencontres individuelles qui ont suivi l'application de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© à l'USIN, corroborent les données probantes. Selon elles, l'utilisation de l'outil d'évaluation et d'intervention familial© pourrait améliorer leur relation avec les familles, soit leur lien de confiance, leur interaction et leur communication (LeGrow et Rossen, 2005). Les infirmières se sentaient plus confiantes, plus compétentes et mieux outillées à intervenir auprès des familles (Duhamel et al., 2015; Goudreau et al., 2006; LeGrow et Rossen, 2005; Lee, Leung et Mak, 2011; Martinez et al., 2007; Svavardottir et al., 2014). Dans une éventuelle application de l'intervention éducative, les quatre étapes devraient être nécessairement réalisées afin que l'acquisition de connaissances et d'habiletés chez les infirmières soit plus efficace, voire optimisée.

Enfin, les rencontres individuelles ont permis de confirmer qu'une perception persiste chez les infirmières, soit le manque de temps en pratique pour réaliser de manière complète les soins à la famille ou appliquer l'ASF. Les coupures budgétaires pourraient être une barrière organisationnelle importante à considérer dans les établissements de santé, ce qui pourrait expliquer cette réalité. Ces coupures engendrent un manque de ressources humaines et matérielles pour favoriser des soins humanistes *caring*, centrés sur les besoins de la famille

(Cara et Brousseau, 2011). À l'USIN, à certains moments, les besoins des parents deviennent secondaires aux besoins imminents des nouveau-nés, entraînant ainsi un manque de continuité des soins à la famille. Plusieurs infirmières éprouvent un inconfort en pratique, voire une détresse psychologique, ne pouvant pas toujours répondre aux besoins des parents (Hall et al., 2015). Afin de pallier au stress lié à leur travail, les infirmières à l'USIN tentent de se protéger en évitant de s'investir émotionnellement et d'interagir avec les familles (Hall et al., 2015). Ainsi, comme le suggère Duhamel et collaborateurs (2015), ces arguments soulignent l'importance du rôle d'une infirmière spécialisée en soins à la famille, facilitatrice de l'ASF, afin de soutenir les infirmières en pratique relativement aux soins à la famille et dans l'application de l'ASF.

Avancements pour le milieu clinique et recommandations pour la pratique

À la lumière des retombées, il serait souhaitable que cette intervention éducative sur l'ASF, incluant l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©, soit intégrée à la formation professionnelle ainsi qu'au programme d'orientation des infirmières nouvellement embauchées à l'USIN. Cette intervention éducative pourrait contribuer à l'optimisation de la pratique infirmière relativement aux soins à la famille, du bien-être des familles, de la relation infirmière-famille et de la collaboration interprofessionnelle (Duhamel et al, 2015; Duhamel, 2015; Martinez et al., 2007 ; Wright et Leahey, 2013). L'intégration adéquate de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© requerrait qu'il soit complété et intégré au plan de soins du nouveau-né, dès son admission à l'USIN. Cela permettrait d'assurer une meilleure continuité des soins intra et interdisciplinaire, de favoriser les soins individualisés à la famille et d'optimiser la communication infirmière-famille (Martinez et al., 2007 ; Mundy, 2010; Placencia et McCullough, 2012; Wright et Leahey, 2013). De plus, cet outil s'avérerait utile

tant aux infirmières, qu'aux autres professionnels de la santé qui interviennent quotidiennement auprès de ces familles à l'USIN. Quatre recommandations peuvent être émises pour la pratique clinique des USIN (voir Tableau 3).

Tableau 3. Recommandations pour la pratique

1. Intégrer l'intervention éducative sur l'ASF à la formation professionnelle ainsi qu'au programme d'orientation des USIN afin de mettre à jour les connaissances et les habiletés des infirmières relativement aux soins à la famille.
2. Implanter et ritualiser, l'utilisation de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© dans les USIN, afin d'optimiser la continuité des soins à la famille, intra et interdisciplinaire, et promouvoir le rôle de l'infirmière au sein de l'équipe professionnelle.
3. Généraliser et adapter l'intervention éducative à d'autres milieux de soins.
4. Favoriser la mise en place du rôle d'une infirmière spécialisée en soins à la famille l'USIN, facilitatrice de l'ASF, pour pérenniser l'utilisation de l'ASF en pratique, soutenir les infirmières et assurer un suivi des interventions systémiques familiales lors de réunions régulières groupées ou individuelles.

De plus, les chercheurs spécialistes de l'ASF et les décideurs des USIN (gestionnaires et conseillères-cadres en sciences infirmières) devraient poursuivre leurs efforts communs et établir un partenariat en vue de pérenniser l'application de l'ASF en pratique. Les décideurs d'USIN pourraient rehausser la visibilité de l'ASF en pratique et l'officialiser, en instaurant des politiques formelles sur la philosophie des soins à la famille, comme les soins centrés sur la famille et l'ASF. Les établissements d'enseignement pourraient également se baser sur les meilleures données probantes et s'arrimer aux grandes universités, en vue d'uniformiser l'éducation des infirmières relativement aux soins à la famille.

Recommandations pour la recherche

En suivant une méthode scientifique plus rigoureuse, avec un devis mixte, il serait intéressant de réaliser un essai clinique afin d'évaluer l'efficacité de cette intervention éducative sur l'ASF auprès d'infirmières de diverses USIN. À l'aide d'entrevues individuelles et de questionnaires validés, il serait pertinent d'évaluer son processus de mise en œuvre ainsi que son impact sur les connaissances, les habiletés et la satisfaction des infirmières. Avec un devis qualitatif phénoménologique, il serait aussi approprié d'examiner les retombées de l'utilisation de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© sur la relation et la communication infirmière-famille, ainsi que la satisfaction professionnelle des infirmières.

Conclusion

Cette intervention éducative sur l'ASF, incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale©, semble avoir effectivement optimisé les connaissances et habiletés des infirmières à cette USIN. Dans le contexte particulier d'une USIN, où les soins à la famille sont au cœur de la pratique, l'intégration d'une telle intervention s'avérera une stratégie efficace pour améliorer la relation et la communication infirmière-famille, et favoriser une meilleure continuité des soins. Cette application de l'ASF en néonatalogie permettra aux divers intervenants d'économiser du temps et servira même de mesure préventive contre les risques sur la santé des membres de la famille lors d'une hospitalisation prolongée. Enfin, compte tenu de l'évolution constante des soins à la famille à l'USIN, il est essentiel que les infirmières soient bien outillées et qu'elles soutiennent adéquatement les besoins holistiques de chaque membre de la famille. Cette intervention est prometteuse pour le mieux-être des infirmières et des familles, qui interagissent et s'enrichissent mutuellement par des échanges réguliers.

Références

- American Nurse Association (ANA). (2004). Neonatal Nursing: Scope & Standards of Practice. Washington, DC : nursesbooks.org
- Anderson K. H., et Friedemann, M-L. (2010). Strategies to Teach Family Assessment and Intervention Through an Online International Curriculum. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 213-223. doi : 10.1177/1074840710367639.
- Beavis, A. G. (2007). What about brothers and sisters? Helping siblings cope with a new baby brother or sister in the NICU. *Infant*, 3(6), 239-24
- Bicking, C., et Moore, G., A. (2012). Maternal perinatal depression in the neonatal intensive care unit: the role of the neonatal nurse. *Neonatal Network*, 31(5), 295-304. doi: 10.1891/0730-0832.31.5.295
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., et Taylor, L. (2011). A Systematic mapping review of effective interventions for communication with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1(1), 1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2010-000023
- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., et Thomas, K.A. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33 (4), 52-59. doi: 10.4037/ccn2013715
- Carnets pédagogiques. (2017). Quelques définitions utiles. Repéré à http://pedagogogyh.profweb.ca/?page_id=536
- Caulier, C. (2012). *Le partenariat soignants/parents d'un bébé prématuré : « Pour donner à l'effet-mère un moment d'éternité »* (maîtrise, Centre Hospitalier Universitaire Avenue de la Côte de Nacre). Repéré à <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-charlotte-caulier.pdf>
- Chamberland, G., Lavoie, L., et Marquis, D. (2011). *20 formules pédagogiques*. Québec : Presses de l'Université de Québec
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing (JOGNN)*, 7(6), 666-691. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x
- Despars, J., Jaunin, L., Monnier, M., Wannaz, M., Venez, S. B., Tolsa, J.-F., ..., Muller-Nix, C. (2013). Un groupe d'accueil pour la fratrie lors d'une naissance à risque dans un service de néonatalogie. *Devenir : Médecine & Hygiène*, 25 (4), 233-243.
- Duhamel, F. (2010). Implementing family nursing: how do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 8-25. doi: 10.1177/10 748407 09360208

- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers* (3e éd.). Montréal: TC Media
- Duhamel, F., & Campagna, L. (2000, 2008). « Génographe familial ». Outil qui sert à l'élaboration d'un génogramme et écocarte pour l'évaluation de la dynamique familiale. No. Certificat d'engistrement : 484 360 de l'Office de la propriété intellectuelle du Canada. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A-M., Goudreau, J. (2015). Integrating the Illness Beliefs Model in Clinical Practice: A Family Systems Nursing Knowledge Utilization Model. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322-348. doi: 10.1177/1074840715579404
- Epstein, E.G., Miles, A., Rovnyak, V., et Baernholdt, M. (2013). Parents' perceptions of continuity of care in the neonatal intensive care unit: pilot testing an instrument and implications for the nurse-parent relationship. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(2), 168-175. doi: 10.1097/JPN.0b013e31828eafbb
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. et Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship, *Early Human Development*, 87(1), 21-26. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006
- Foster, M., Whitehead, L. et Maybee, P. (2016). The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family-Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting: A Synthesis of Quantitative Research, *Journal of Family Nursing*. 22(1), 6–73. doi : 10.1177/1074840715618193
- Galarza-Winton, M.E, Dicky, T., O'leary, L., Lee, S.K., et O'Brien, K. (2013). Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurses. *Advances in Neonatal Care*, 13(5), 666-691. doi : 10.1097/ANC.0b013e3182a14cde
- Gooding, J.S., Cooper, L.G., Blaine A.L., Franck L.S., Howse, J.L., et Berns, S.D. (2011). Family Support and Family Centred Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Avances, Impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20-28. doi: 10.1053/j.semperi. 2010.10.004
- Goudreau, J., Duhamel, F., et Richard, N. (2006). The impact of a Family Systems Nursing educational program on the practice of psychiatric nurses. A pilot study. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 292-306. doi :10.1177/1074840706291694
- Hall, S.L., Cross, J., Selix, N. W., Patterson, C., Segre, L., Chuffo-Siewert, R., et al. (2015). Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *Journal of Perinatology*, 35, S29-S36. doi: 10.1038/jp.2015.147
- Heidari, H., Hasanpour, M., Fooladi, M. (2013). The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iran Journal of Nursing and Midwifery research*, 18(3):208-213

- Holtslander, L. (2005). Clinical application of the 15-minute family interview: Addressing the needs of postpartum families. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 5-18. doi: 10.1177/1074840704273092
- Huot, V. (2010). *Adoption d'une intervention systémique visant à faciliter la communication entre les infirmières et les familles dans un contexte de soins intensifs en traumatologie* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières). Repéré à : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4448>
- Jones, L., Taylor, T., Watson, B., Fenwick, J., et Dordic, T. (2015). Negotiating Care in Special Care Nursery: Parents and Nurses' Perceptions of Nurse-Parent Communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e71-e80. doi:10.1016/j.pedn.2015.03.006
- Khan, S. (2015). *An Integrative Review of Nurses' Perspectives of Family-Centered Care Practice in the Level III NICU: Addressing Persisting Barriers*. (Mémoire de maîtrise, Université de Victoria, Faculté des sciences infirmières). Repéré à : <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/6645>
- Leahey, M. et Svavarsdottir, E.K. (2009). Implementing family nursing: how do we translate knowledge into clinical practice? *Journal of Family Nursing*, 15(4), 445-460. doi: 10.1177/1074840709349070
- Lee, A. C. K., Leung, Sharron S. K., et Mak, Y. W. (2011). The application of family-nursing assessment skills: From classroom to hospital ward among final-year nursing undergraduates in Hong Kong. *Nurse Education Today*, 2(1), 78-84. doi: 10.1016/j.nedt.2011.01.013
- Lee, A. C., Leung, S. O., Lingchan, P. S., et Chung, J. O. (2010). Perceived level of knowledge and difficulty in applying family assessment among senior undergraduate nursing students. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 177-195. doi: 10.1177/1074840710366566
- LeGrow, K., et Rossen, B. E. (2005). Developpement of professionnall practice based on a Family Systems Nursing Framework: Nurses' and families' experiences. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 38-58. doi :10.1177/1074840704273508
- Leon, A., M. et Knapp, S. (2008). Involving Family Systems in Critical Care Nursing: Challenges and Opportunities. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 68(3), 705-714. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05825.x
- Le site des Éditions Larousse. (s.d.). Activité. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/activit%C3%A9/947>
- Manning, A. (2012). The NICU Experience: How Does It Affect the Parents' relationship?, *The Journal Of Perinatal& Neonatal Nursing*, 26(4), 353-357. doi: 10.1097/JPN.0b013e31 8270002
- Martinez, A.M., D'Artois, D., et Rennick, J.E. (2007). Does the 15-minute (or less) family interview influence family nursing practice?, *Journal of Family Nursing*, 13(2), 157-178.

- Mundy, C.A. (2010). Assesment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19(2), 156-163. doi: 10.4037/ajcc2010130
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2007). *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Repéré à: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>
- Nelms, T. P. et Eggenberger, S. K. (2010). The Essence of the Family Critical Illness Experience and Nurse-Family Meetings. *Journal of Family Nursing*, 16(4), 462-486. doi : 10.1177/10748 40710386608
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., et Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29.
- Placencia, F.X. et McCullough, L.B. (2012). Biopsychosocial risks of parental care for high-risk neonates: implications for evidence-based parental counseling. *Journal of Perinatology*, 32, 381–386. doi: 10.1038/jp.2011.109
- Poellhuber, B. 2016. L'apprentissage actif : travail d'équipe, apprentissage collaboratif et coopératif [Vidéo en ligne]. Repéré à : <https://cours.edulib.org/courses/UMontreal/PPA6015/H2015/courseware/a3f08a21c8324d3f852e295f53c9cbb2/e93a14ff056c4982880f81f489bba0af/>
- Priddis, L. et Shields L. (2011). Interactions between parents and staff of hospitalised children. *Paediatric Nursing*, 23(2),14-20. doi : 10.7748/paed2011.03.23.2.14.c8373
- Proulx, J. (2011). *Le travail en équipe*. Québec: Presses de l'Université du Québec
- Ramezani, T., Hadian Shirazi, Z., Sabet Sarvestani, R., Marzieh, M. (2014). Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: A Concept Analysis. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery*.
- Shields, L., Zhou, H., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J., et Pascoe, E. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. *Cochrane Database Systematic Review*. 1-59. doi: 10.1002/14651858. CD004811.pub3
- Smith, V.C., SteelFisher, G.K., Salhi, C., et Shen, L.Y. (2012). Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 343-352. doi: 10.1097/JPN.0b013e318270ffe5
- Svavardottir, E.K., Sigurdardottir A.O., Konradsdottir, E., Stefandottir, A., Sveinbjarnardotti, E.K., Ketilsdottir, A., ... Guomundsdottir, H. (2015). The process of translating family

- nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Family Nursing*, 47(1), 5-15. doi :10.1111/jnu.12108.
- Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A.O., et Tryggvadottir G. B. (2014). Strengths-oriented therapeutic conversations for families of children with chronic illnesses: findings from the Landspítali university hospital family nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 13-50. doi: 10.1177/1074840713520345
- Svavarsdottir, E. K., Tryggvadottir, G. B., et Sigurdardottir, O. (2012). Knowledge Translation in Family Nursing: Does a Short-Term Therapeutic Conversation Intervention Benefit Families of Children and Adolescents in a Hospital Setting? Findings From the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 303–327. doi : 10.1177/1074 840712449202
- Svavarsdottir, E.K. (2008). Excellence in nursing: a model for implementing Family Systems Nursing in nursing practice at an institutional level in Iceland. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 456-468. doi: 10.1177/1074840708328123
- Sweet, L. et Mannix, T. (2012). Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 15(2), 8-15
- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M., et Jackson, D. (2012). *Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study*. 21(17-18), 2477-2487. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x
- Treyvaud, K., Doyles, L.W., Lee, K., Roberts, G., Cheong, J. L. Y, Inder, T. E., Anderson, P. J. (2011). Family functioning, burden and parenting stress 2 years after very preterm birth. *Early Human Development*, 87, 6, 427–431. doi : 10.1016/j.earlhumdev.2011.03.008
- Turner, M., Chur-Hensen, A., et Winefield, H. (2014). The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), 3156-3165. doi: 10.1111/jocn.12558
- Wilson, A. H., Blake, B.J., Taylor, G.A., Hannings, G. (2013). Cinemeducation: teaching family assessment skills using full-length movies. *Public Health Nursing*, 30(3), 239-245. doi: 10.1111/phn.12025
- Wright, L. & Leahey, M. (1999) Maximizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview. *Journal of Family Nursing*, 5 (3), 259-274. doi: 10.1177/10748407 9900500302
- Wright, L. & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (4e éd.). Montréal: Pearson
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6e éd.). Philadelphia: F.A. Davies

Discussion : Analyse réflexive de l'atteinte des objectifs du stage

Pour faire suite à la réalisation du projet clinique, cette section permet de faire une analyse réflexive quant à l'atteinte des objectifs de l'intervention et des objectifs apprentissages personnels de l'étudiante à la maîtrise en stage (facilitatrice de l'ASF) (voir Appendice A).

Atteinte des objectifs de stage

L'ensemble des objectifs ont bel et bien été atteints. Se basant sur les modèles de Calgary relatifs à l'évaluation et l'intervention auprès de la famille (Wright et Leahey, 2013), l'étudiante a développé, mis à l'essai et évalué une intervention éducative sur l'ASF auprès d'infirmières d'une USIN. Cette intervention visait à optimiser leurs connaissances et leurs habiletés relativement aux soins à la famille. Auprès de 13 infirmières, qui ont accepté de participer à l'intervention, elle a utilisé une combinaison de formules pédagogiques qui s'est avérée efficace pour faciliter leur acquisition de connaissances et d'habiletés. Bien que l'étudiante ait choisi de réaliser le projet dans son propre milieu de travail, le milieu choisi s'est avéré un facteur qui a facilité le bon déroulement de l'intervention et qui pourrait expliquer le taux favorable de participation des infirmières. En effet, l'étudiante connaissait bien les ressources disponibles à l'USIN et entretenait de bonnes relations avec ses collègues infirmières.

En vue d'atteindre le premier objectif de stage soit, de développer une intervention éducative sur l'ASF incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale© auprès d'infirmières d'une USIN, l'étudiante à la maîtrise a dû procéder à une recherche exhaustive d'articles scientifiques avec l'aide d'une bibliothécaire. Elle a aussi dû collaborer activement avec plusieurs partenaires (chercheuses en néonatalogie et en ASF, infirmières, gestionnaires et conseillères en sciences infirmières) dans le but de développer une intervention éducative plus adaptée aux besoins pratiques. Lors de son cursus académique, elle s'est inscrite à différents

cours optionnels afin de parfaire ses connaissances d'enseignement et de vulgarisation scientifique. L'étudiante à la maîtrise a constaté l'importance, en pratique infirmière avancée (PIA), de régulièrement mettre à jour ses connaissances pour être mieux outillée et plus efficace dans son rôle. Durant cette étape du projet, l'étudiante a accompli tous les livrables prévus, nécessitant une importante organisation, soit : (a) un document *PowerPoint* incluant le contenu théorique de l'intervention, servant aussi de support visuel au premier atelier d'apprentissage en groupe (voir Appendice B), (b) un document *PowerPoint* incluant un résumé du jeu d'associations sur les interventions systémiques familiales les plus utiles à l'USIN© (voir Appendice C), (c) une grande affiche et des cartons plastifiés à velcro avec le jeu d'associations, afin de le réaliser en groupe avec les infirmières, (d) un document *Word* incluant l'outil d'évaluation et d'intervention familiale© (voir Appendice D), (e) un document *Word* incluant la situation clinique fictive pour réaliser, en groupe, une étude de cas et mettre à l'essai l'outil (voir Appendice E), (f) un document *Word* incluant un signet aide-mémoire, pour les infirmières, sur les interventions systémiques familiales les plus utiles à l'USIN (voir Appendice F), (g) une chemise pochette regroupant les outils les plus utiles aux infirmières durant la mise en œuvre de l'intervention éducative, soit le *génographe* (voir Appendice G), l'outil d'évaluation et d'intervention familiale, ainsi qu'un signet aide-mémoire sur les interventions systémiques familiales les plus utiles, (g) un document *Word* regroupant les lettres d'invitation pour le recrutement des infirmières par courriel, par affiche et en présentiel (voir Appendice H), (h) un document *Word* incluant un questionnaire d'évaluation pré et post-intervention (voir Appendice I), (i) un document *Word* résumant le protocole de l'intervention, en vue d'obtenir l'approbation du comité scientifique de la Faculté des sciences infirmières et l'approbation du comité éthique du centre hospitalier pour la mise en œuvre du stage, (j) un document *Word* résumant l'intervention éducative, les objectifs d'enseignement et les compétences infirmières visées, en vue

d'obtenir une accréditation de l'intervention auprès de la Faculté des sciences infirmières, reconnues aussi par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). L'étudiante à la maîtrise a constaté l'importance du sens de l'organisation afin de respecter ses échéanciers et d'atteindre ses objectifs durant la réalisation de son projet.

Concernant le deuxième objectif de l'intervention en stage, soit de mettre à l'essai l'intervention éducative auprès d'infirmières d'une USIN, l'étudiante à la maîtrise a entrepris les démarches nécessaires pour obtenir l'approbation éthique et scientifique du projet ainsi que l'accréditation de ses heures de formation continue. De plus, elle a affiché le résumé du projet à la salle de repos des infirmières et l'a aussi envoyé par courriel à toutes les infirmières de l'USIN. Elle a présenté son projet à quatre reprises auprès des infirmières de l'USIN, cinq minutes avant chaque quart de travail (jour, soir et nuit). Ayant recruté 13 infirmières, elle a procédé à l'organisation de l'horaire pour la mise à l'essai de l'intervention en petits groupes. Ainsi, l'étudiante à la maîtrise a mis en œuvre les deux ateliers d'apprentissage prévus à trois reprises, c'est-à-dire auprès de trois groupes de trois à cinq personnes. Par ailleurs, ayant réussi à recruter quatre infirmières pour réaliser les activités facultatives, elle a procédé à quatre rencontres individuelles à la suite de chaque application de l'outil auprès d'une famille à l'USIN. L'intervention éducative a été bien planifiée, en collaboration de l'infirmière cadre-conseil et de l'infirmier gestionnaire du milieu, ce qui a facilité son bon déroulement auprès des infirmières. L'étudiante a reçu une rétroaction positive de ses collègues quant à son projet. Elle a répété maintes fois l'intervention éducative pour la mettre à l'essai avec confiance auprès de ses collègues infirmières. Ainsi, l'étudiante s'engage à persévérer dans le développement de ses habiletés de communication orale, en s'inscrivant éventuellement à des ateliers pratiques et s'exposant continuellement à des activités de partage de connaissances.

Finalement, le dernier objectif de l'intervention en stage a aussi été atteint, soit d'évaluer les retombées de l'intervention éducative sur les connaissances, les habiletés, les outils et la satisfaction des infirmières participantes, à l'aide de questionnaires pré/post-intervention. Les 13 infirmières participantes ont rempli ces questionnaires. De plus, une appréciation de l'intervention a été obtenue à la suite des quatre rencontres individuelles. Les réponses obtenues suite à la mise à l'essai de l'intervention auprès des infirmières ont permis à l'étudiante à la maîtrise de constater l'importance de construire adéquatement ses outils d'évaluation, en se basant sur d'autres questionnaires validés pour mesurer plus spécifiquement l'effet recherché.

L'étudiante à la maîtrise a aussi joué le rôle d'une infirmière facilitatrice de l'ASF. Elle est parvenue à conseiller ses collègues, les encourager et les soutenir dans les difficultés rencontrées relativement à l'application de l'ASF. L'étudiante a constaté l'importance de ce rôle en pratique clinique pour faciliter l'acquisition de connaissances et d'habiletés relativement aux soins à la famille. Or, elle a perçu notamment l'importance de l'intérêt et de l'ouverture des infirmières et des décideurs d'USIN quant aux soins à la famille, pour parvenir à modifier la pratique, comme le proposent les résultats de l'étude de Duhamel et collaborateurs (2015).

Atteinte des objectifs d'apprentissage de l'étudiante

En ce qui a trait aux objectifs d'apprentissage personnels de l'étudiante à la maîtrise, ils semblent tous avoir été atteints. D'abord, elle s'est inscrite, à un cours optionnel PPA6015 de méthodes d'enseignement et de TIC (technologies de l'information et de la communication). Ce cours lui a permis d'acquérir de nouvelles connaissances (les grandes

théories de l'apprentissage et de l'enseignement, ainsi que les 20 formules pédagogiques contemporaines incluant l'apprentissage actif ou en équipe), en vue de développer et mettre à l'essai une intervention éducative adaptée aux besoins pratiques des infirmières. L'étudiante à la maîtrise a aussi collaboré activement avec des chercheuses expertes de l'ASF, Mesdames Fabie Duhamel et Anne-Marie Martinez, et a scrupuleusement consulté trois ouvrages, ce qui lui a permis d'élaborer une intervention éducative sur l'ASF et de consolider ses propres connaissances et habiletés. Lors de la mise à l'essai de l'intervention, la vulgarisation scientifique de l'ASF pour les infirmières a représenté un défi particulier. En cours de projet, elle a amélioré son autonomie, s'est outillée afin d'atteindre son but et a travaillé efficacement avec un souci de rigueur.

Par la suite, en développant et mettant à l'essai un projet de stage de maîtrise auprès de collègues infirmières à une USIN, l'étudiante à la maîtrise a consolidé ses compétences en pratique infirmière avancée (PIA), notamment de pratique directe, de recherche, de *leadership*, d'experte-*coaching*, d'éthique et de collaboration (FSI, 2011; Hamric, Spross et Hanson, 2009). Effectivement, en collaboration avec divers partenaires, elle a facilité l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'outils quant aux soins à la famille afin d'optimiser la qualité des soins aux patients/familles (la pratique directe et *leadership*). Elle a joué le rôle de conseillère, facilitatrice de l'ASF, auprès de ses collègues infirmières à l'USIN (experte-*coaching* et *leadership*). Elle a aussi soutenu la recherche en sciences infirmières en développant un projet clinique basé sur les fondements théoriques de l'ASF ainsi que des données probantes, et en choisissant notamment de rédiger son rapport de stage de maîtrise sous forme d'article scientifique afin de diffuser les retombées de son projet auprès de la communauté scientifique. L'éthique représentait aussi une compétence primordiale de son

projet et de sa future pratique comme cadre-conseil en sciences infirmières. En effet, pour elle, facilitatrice de changement ne signifiait pas imposer des changements. En se basant sur les meilleures données probantes, un cadre théorique et s'attardant aux besoins de l'USIN, elle a plutôt créé un contexte favorable au changement de la pratique infirmière. Son but ultime était d'assurer le mieux-être des infirmières et des patients/familles en pratique clinique. Elle a considéré essentiel d'appliquer des habiletés relationnelles, d'éthique et de *leadership* en PIA, afin d'écouter, répondre aux besoins de ses clients (les infirmières) et ainsi, favoriser un changement positif et durable pour la pratique clinique (Bareil, 2008; FSI, 2010; Hamric et al., 2009). Si l'intervention éducative, incluant l'innovation de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©, est intégrée à l'USIN où s'est déroulé le stage, l'étudiante favorisera la promotion du rôle de l'infirmière au sein de l'équipe professionnelle quant aux soins à la famille. Elle offrira aussi sa collaboration pour former les infirmières. Elle s'engage à réaliser cet objectif dans un avenir rapproché avec l'infirmière cadre-conseil. Ainsi, en vue d'instaurer des changements durables au sein d'un établissement de santé, l'étudiante réalise l'importance de la compétence de collaboration en PIA pour développer des stratégies systémiques, tant au niveau individuel que collectif (Contandriopoulos, Lemir, Denis et Tremblay, 2010). Pour elle, il importe de *co-construire*, contextualiser et diffuser les données probantes pour favoriser des prises de décisions souhaitables.

Par ailleurs, l'étudiante a participé à diverses activités de vulgarisation scientifique, tels que le symposium de partage de connaissances en sciences infirmières du CHUSJ et le congrès de la recherche du CHUSJ (voir Appendice J). Ces activités lui ont permis de développer, non seulement ses compétences en PIA (pratique directe, de recherche, de *leadership*, d'experte-coaching, d'éthique et de collaboration), mais aussi ses habiletés relationnelles et de vulgarisation scientifique auprès de collaborateurs (infirmières,

gestionnaires et conseillères-cadres en sciences infirmières à l'USIN, chercheurs en divers domaines et autres professionnels de la santé). Même après la maîtrise, l'étudiante s'engage à collaborer à d'autres activités de publication et de vulgarisation, ainsi qu'à partager et à diffuser davantage ses connaissances et son expérience avec la communauté scientifique (publications éventuelles dans le périodique *Perspective infirmière*, et participation au Colloque Alice-Girard de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ainsi qu'au Congrès de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en néonatalogie). Tel que mentionné précédemment, l'étudiante prévoit présenter les résultats de son projet auprès des infirmières et des décideurs de l'USIN, où s'est déroulé le stage.

Enfin, l'étudiante à la maîtrise s'est inscrite à divers cours de rédaction en vue d'optimiser ses habiletés d'écriture et de vulgarisation scientifique. Tout au long de sa maîtrise, en travaillant étroitement avec une réviseure, l'étudiante a amélioré ses habiletés d'écriture, lui permettant d'exprimer ses idées plus clairement et de structurer l'ensemble de son texte de manière plus concise. L'étudiante a réalisé qu'il est essentiel de rédiger un plan avant de débiter une rédaction scientifique, pour l'aider à mieux structurer sa pensée et à optimiser son temps efficacement.

Conclusion

En conclusion, l'ensemble du parcours de l'étudiante à la maîtrise, dont le développement et la mise à l'essai de l'intervention, lui a permis d'atteindre tant ses objectifs de stage que ses objectifs d'apprentissage personnels. L'intervention éducative sur l'ASF, incluant l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©, semble avoir amélioré les connaissances et les habiletés d'infirmières d'une USIN relativement aux soins à la famille. Cette intervention a aussi confirmé que l'ASF est une approche utile et facile à intégrer en pratique. Ultimement, ce projet clinique offre l'opportunité, aux infirmières gestionnaires et aux conseillères-cadres d'USIN, d'optimiser la pratique infirmière relativement aux soins à la famille et surtout, d'assurer une meilleure continuité des soins intra et interdisciplinaire grâce à l'outil novateur. Conjointement aux soins centrés ou intégrés à la famille, l'intégration de cette intervention en pratique pourrait représenter une économie de temps et d'énergie pour les infirmières comme pour tout autre intervenant, et même, jouer un rôle préventif appréciable pour la santé des membres de la famille lors d'une hospitalisation prolongée.

Enfin, en tant que future infirmière en PIA, l'étudiante à la maîtrise a constaté l'importance d'être flexible et à l'écoute des besoins et préoccupations de ses partenaires (chercheurs, décideurs, autres professionnels, infirmières, patients/familles). Une telle attitude facilite un contexte favorable à une meilleure qualité des soins et à des changements de pratique efficaces.

Références

- American Nurse Association (ANA). (2004). Neonatal Nursing: Scope & Standards of Practice. Washington, DC: nursesbooks.org
- Anderson K. H., et Friedemann, M-L. (2010). Strategies to Teach Family Assessment and Intervention Through an Online International Curriculum. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 213-223. doi : 10.1177/1074840710367639.
- Bareil, C. (2012). *Gérer le volet humain du changement* (7^e impression). Québec : Les Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship et Les Éditions Transcontinental inc.
- Beavis, A. G. (2007). What about brothers and sisters? Helping siblings cope with a new baby brother or sister in the NICU. *Infant*, 3(6), 239-24
- Bicking, C., et Moore, G., A. (2012). Maternal perinatal depression in the neonatal intensive care unit: the role of the neonatal nurse. *Neonatal Network*, 31(5), 295-304. doi: 10.1891/0730-0832.31.5.295
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., et Taylor, L. (2011). A Systematic mapping review of effective interventions for communication with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1(1), 1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2010-000023
- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., et Thomas, K.A. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33 (4), 52-59. doi: 10.4037/ccn2013715
- Carnets pédagogiques. (2017). Quelques définitions utiles. Repéré à http://pedagoghy.profweb.ca/?page_id=536
- Caulier, C. (2012). *Le partenariat soignants/parents d'un bébé prématuré : « Pour donner à l'effet-mère un moment d'éternité »* (maîtrise, Centre Hospitalier Universitaire Avenue de la Côte de Nacre). Repéré à <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-charlotte-caulier.pdf>
- Chamberland, G., Lavoie, L., et Marquis, D. (2011). *20 formules pédagogiques*. Québec: Presses de l'Université de Québec
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing (JOGNN)*, 7(6), 666-691. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x
- Contandriopoulos, D., Lemire, M., Denis, J.-L., & Tremblay, É. (2010). Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature. *Milbank Quarterly*, 88(4), 444-483
- Despars, J., Jaunin, L., Monnier, M., Wannaz, M., Venez, S. B., Tolsa, J.-F., ..., Muller-Nix, C. (2013). Un groupe d'accueil pour la fratrie lors d'une naissance à risque dans un service de néonatalogie. *Devenir : Médecine & Hygiène*, 25 (4), 233-243

- Duhamel, F. (2010). Implementing family nursing: how do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 8-25. doi: 10.1177/1074840709360208
- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers* (3e éd.). Montréal: TC Media
- Duhamel, F., & Campagna, L. (2000, 2008). « Génographe familial ». Outil qui sert à l'élaboration d'un génogramme et écocarte pour l'évaluation de la dynamique familiale. No. Certificat d'engistrement : 484 360 de l'Office de la propriété intellectuelle du Canada. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal
- Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A-M., Goudreau, J. (2015). Integrating the Illness Beliefs Model in Clinical Practice: A Family Systems Nursing Knowledge Utilization Model. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322-348. doi: 10.1177/1074840715579404
- Epstein, E.G., Miles, A., Rovnyak, V., et Baernholdt, M. (2013). Parents' perceptions of continuity of care in the neonatal intensive care unit: pilot testing an instrument and implications for the nurse-parent relationship. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(2), 168-175. doi: 10.1097/JPN.0b013e31828eafbb
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. et Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship, *Early Human Development*, 87(1), 21-26. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006
- Foster, M., Whitehead, L. et Maybee, P. (2016). The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family-Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting: A Synthesis of Quantitative Research, *Journal of Family Nursing*. 22(1), 6–73. doi : 10.1177/1074840715618193
- Galarza-Winton, M.E, Dicky, T., O'leary, L., Lee, S.K., et O'Brien, K. (2013). Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurses. *Advances in Neonatal Care*, 13(5), 666-691. doi : 10.1097/ANC.0b013e3182a14cde
- Gooding, J.S., Cooper, L.G., Blaine A.L., Franck L.S., Howse, J.L., et Berns, S.D. (2011). Family Support and Family Centred Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Avances, Impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20-28. doi: 10.1053/j.semperi.2010.10.004
- Goudreau, J., Duhamel, F., et Richard, N. (2006). The impact of a Family Systems Nursing educational program on the practice of psychiatric nurses. A pilot study. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 292-306. doi :10.1177/1074840706291694

- Hall, S.L., Cross, J., Selix, N. W., Patterson, C., Segre, L., Chuffo-Siewert, R., et al. (2015). Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *Journal of Perinatology*, 35, S29-S36. doi: 10.1038/jp.2015.147
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2011). Les compétences du programme. Repéré sur l'environnement du Studium : https://studium.umontreal.ca/pluginfile.php/902604/mod_resource/content/1/Comp%C3%A9tencesMa%C3%A9trise_SOI6237.pdf.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing: an integrative approach* (4th ed.). St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2014). *Advanced practice nursing: an integrative approach* (5th ed.). St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier.
- Heidari, H., Hasanpour, M., Fooladi, M. (2013). The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iran Journal of Nursing and Midwifery research*, 18(3):208-213
- Holtslander, L. (2005). Clinical application of the 15-minute family interview: Addressing the needs of postpartum families. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 5-18. doi: 10.1177/1074840704273092
- Huot, V. (2010). *Adoption d'une intervention systémique visant à faciliter la communication entre les infirmières et les familles dans un contexte de soins intensifs en traumatologie* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières). Repéré à : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4448>
- Jones, L., Taylor, T., Watson, B., Fenwick, J., et Dordic, T. (2015). Negotiating Care in Special Care Nursery : Parents and Nurses' Perceptions of Nurse-Parent Communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e71-e80. doi:10.1016/j.pedn.2015.03.006
- Khan, S. (2015). *An Integrative Review of Nurses' Perspectives of Family-Centered Care Practice in the Level III NICU: Addressing Persisting Barriers*. (Mémoire de maîtrise, Université de Victoria, Faculté des sciences infirmières). Repéré à : <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/6645>
- Leahey, M. et Svavarsdottir, E.K. (2009). Implementing family nursing: how do we translate knowledge into clinical practice? *Journal of Family Nursing*, 15(4), 445-460. doi: 10.1177/1074840709349070
- Lee, A. C. K., Leung, Sharron S. K., et Mak, Y. W. (2011). The application of family-nursing assessment skills : From classroom to hospital ward among final-year nursing undergraduates in Hong Kong. *Nurse Education Today*, 2(1), 78-84. doi: 10.1016/j.nedt.2011.01.013

- Lee, A. C., Leung, S. O., Lingchan, P. S., et Chung, J. O. (2010). Perceived level of knowledge and difficulty in applying family assessment among senior undergraduate nursing students. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 177-195. doi: 10.1177/1074840710366566
- LeGrow, K., et Rossen, B. E. (2005). Developpement of professionnall practice based on a Family Systems Nursing Framework: Nurses' and families' experiences. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 38-58. doi :10.1177/1074840704273508
- Leon, A., M. et Knapp, S. (2008). Involving Family Systems in Critical Care Nursing: Challenges and Opportunities. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 68(3),705-714. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05825.x
- Le site des Éditions Larousse. (s.d.). Activité. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/activit%C3%A9/947>
- Manning, A. (2012). The NICU Experience: How Does It Affect the Parents' relationship?, *The Journal Of Perinatal& Neonatal Nursing*, 26(4), 353-357. doi: 10.1097/JPN.0b013e31 8270002
- Martinez, A.M., D'Artois, D., et Rennick, J.E. (2007). Does the 15-minute (or less) family interview influence family nursing practice?, *Journal of Family Nursing*, 13(2), 157-178.
- Mundy, C.A. (2010). Assesement of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19(2), 156-163. doi: 10.4037/ajcc2010130
- Naître et grandir. (2015). Le bébé prématuré. Repéré à http://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/soins/fiche.aspx?doc=bg-naître-grandir-bebe-premature
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2007). *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Repéré à : <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>
- Nelms, T. P. et Eggenberger, S. K. (2010). The Essence of the Family Critical Illness Experience and Nurse-Family Meetings. *Journal of Family Nursing*, 16(4), 462-486. doi : 10.1177/10748 40710386608
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., et Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29.
- Placencia, F.X. et McCullough, L.B. (2012). Biopsychosocial risks of parental care for high-risk neonates: implications for evidence-based parental counseling. *Journal of Perinatology*, 32, 381-386. doi: 10.1038/jp.2011.109

- Poellhuber, B. 2016. L'apprentissage actif : travail d'équipe, apprentissage collaboratif et coopératif [Vidéo en ligne]. Repéré à : <https://cours.edulib.org/courses/UMontreal/PPA6015/H2015/courseware/a3f08a21c8324d3f852e295f53c9cbb2/e93a14ff056c4982880f81f489bba0af/>
- Priddis, L. et Shields L. (2011). Interactions between parents and staff of hospitalised children. *Paediatric Nursing*, 23(2), 14-20. doi : 10.7748/paed2011.03.23.2.14.c8373
- Proulx, J. (2011). *Le travail en équipe*. Québec: Presses de l'Université du Québec
- Ramezani, T., Hadian Shirazi, Z., Sabet Sarvestani, R., Marzieh, M. (2014). Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: A Concept Analysis. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery*.
- Shields, L., Zhou, H., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J., et Pascoe, E. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years. *Cochrane Database Systematic Review*. 1-59. doi: 10.1002/14651858.CD004811.pub3
- Smith, V.C., SteelFisher, G.K., Salhi, C., et Shen, L.Y. (2012). Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(4), 343-352. doi: 10.1097/JPN.0b013e318270ffe5
- Svavardottir, E.K., Sigurdardottir A.O., Konradsdottir, E., Stefandottir, A., Sveinbjarnardottir, E.K., Ketilsdottir, A., ... Guomundsdottir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Family Nursing*, 47(1), 5-15. doi :10.1111/jnu.12108.
- Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A.O., et Tryggvadottir G. B. (2014). Strengths-oriented therapeutic conversations for families of children with chronic illnesses: findings from the Landspítali university hospital family nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 13-50. doi: 10.1177/1074840713520345
- Svavarsdottir, E. K., Tryggvadottir, G. B., et Sigurdardottir, O. (2012). Knowledge Translation in Family Nursing: Does a Short-Term Therapeutic Conversation Intervention Benefit Families of Children and Adolescents in a Hospital Setting? Findings From the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 303–327. doi : 10.1177/1074 840712449202
- Svavarsdottir, E.K. (2008). Excellence in nursing: a model for implementing Family Systems Nursing in nursing practice at an institutional level in Iceland. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 456-468. doi: 10.1177/1074840708328123
- Sweet, L. et Mannix, T. (2012). Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 15(2), 8-15

- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M., et Jackson, D. (2012). *Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study*. 21(17-18), 2477-2487. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x
- Treyvaud, K., Doyles, L.W., Lee, K., Roberts, G., Cheong, J. L. Y, Inder, T. E., Anderson, P. J. (2011). Family functioning, burden and parenting stress 2 years after very preterm birth. *Early Human Development*, 87, 6, 427–431. doi : 10.1016/j.earlhumdev.2011.03.008
- Turner, M., Chur-Hensen, A., et Winefield, H. (2014). The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), 3156-3165. doi: 10.1111/jocn.12558
- Wilson, A. H., Blake, B.J., Taylor, G.A., Hannings, G. (2013). Cinemeducation: teaching family assessment skills using full-length movies. *Public Health Nursing*, 30(3), 239-245. doi: 10.1111/phn.12025
- Wright, L. & Leahey, M. (1999) Maximizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview. *Journal of Family Nursing*, 5 (3), 259-274. doi: 10.1177/107484079900500302
- Wright, L. & Leahey, M. (2014). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention* (4e éd.). Montréal: Pearson
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6e éd.). Philadelphia: F.A. Davies

Appendices

Appendice A :

Activité et livrables prévus de l'intervention

Objectifs de l'intervention en stage	Livrables prévus		Réalisés
1. Développer une intervention éducative sur l'ASF, incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale©, auprès d'infirmières d'une USIN.	A) Développer un outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN© (Documents <i>Word</i>)		X
	B) Développer une intervention éducative (deux ateliers d'apprentissage d'environ 60 minutes) :		X
	1 ^{er} atelier	○ Développer une activité d'apprentissage théorique et interactive sur les notions de bases de l'ASF, (Documents <i>Word</i> et <i>PowerPoint</i>)	X
		○ Développer une activité d'apprentissage pratique, soit un jeu d'associations© sur les interventions systémiques familiales les plus utiles à la pratique infirmière à l'USIN (Duhamel, 2015) (Document <i>Word</i> et affiche)	X
		○ Développer un signal aide-mémoire © (sur les interventions systémiques familiales les plus utiles) (Document <i>Word</i>)	X
	2 ^e atelier	○ Développer une situation clinique © pour mettre à l'essai de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale (Documents <i>Word</i>)	X
2. Mettre à l'essai l'intervention éducative, auprès d'infirmières d'une USIN.	C) Approbation du comité scientifique (Documents <i>Word</i>)		X
	D) Approbation du comité éthique pour le CH (Documents <i>Word</i>)		X
	E) Accréditation de l'intervention éducative par la FSI (Documents <i>Word</i>)		X
	F) Présentation du projet auprès d'infirmières d'une USIN :		
	○ Développer une affiche résumée du projet avec une boîte scellée, pour le recrutement des infirmières (Documents <i>Word</i>)		X
	○ Développer la présentation du projet pour le recrutement des infirmières par courriel (Documents <i>Word</i>)		X
	○ Développer la présentation du projet (discours de 5 min.) pour le recrutement des infirmières en présentiel (Documents <i>Word</i>)		X
	○ Présenter le projet aux infirmières (discours de 5 min.) (≈ 4x)		X
	G) Recrutement et organisation de l'horaire pour la mise à l'essai de l'intervention éducative		X
	H) Mise à l'essai de l'intervention éducative (x 3 groupes = 12 rencontres en tout)		X
	I) Rencontre individuelle (avec 4 infirmières)		X
3. Évaluer les retombées de l'intervention éducative sur les connaissances, les habiletés, les outils et la satisfaction des infirmières participantes, à l'aide de questionnaires pré/post-intervention.	J) Développer deux questionnaires (pré/post-intervention)		
	○ Développer le questionnaire pré-intervention (Documents <i>Word</i>)		X
	○ Développer le questionnaire post-intervention (Documents <i>Word</i>)		X
	B) Remise des questionnaires		X

Appendice B :

Contenu du volet théorique©

Court résumé du contenu théorique de l'intervention éducative :

(Voir le document PowerPoint suivant)

1. L'utilité de l'ASF et de la perspective systémique familiale (incluant la théorie de la biologie de la connaissance, la théorie des systèmes, le principe de neutralité et de collaboration non-hiérarchique) (Duhamel, 2015; Wright et Leahey, 2013)
2. Brève introduction aux modèles de Calgary (MCEF/MCIF) (Duhamel, 2015; Wright et Leahey, 2013).
3. L'importance des cinq éléments clés de l'entrevue familiale de 15 minutes ou moins (Wright et Leahey, 2013).

Compétences infirmières visées par l'intervention éducative :

Les activités d'apprentissage incluses dans l'intervention éducative visaient à optimiser des compétences infirmières relativement aux soins à la famille, selon le référentiel de compétences du centre hospitalier universitaire mère-enfant où s'est déroulé le stage, soit :

(a) Exercer un jugement clinique; (b) Agir avec humanisme dans l'accompagnement des patients/familles; (c) Assurer la continuité des soins des patients/familles; (d) Collaborer activement avec les partenaires, intra et interdisciplinaires, pour favoriser la santé des patients/familles.

Trucs et astuces

pour les infirmières d'USIN
intervenant auprès des familles



Intervention éducative sur *l'approche systémique familiale*



Par Marie-Sophie Cognard,
Infirmière clinicienne B. Sc., Étudiante M. Sc., Option expertise-conseil



Horaire du 1^{er} atelier

(60 minutes)

- 1. Remplir un questionnaire pré-intervention**
(10 minutes)
- 2. Une activité théorique interactive sur les notions de l'ASF**
(25 minutes)
- 3. Une activité pratique :**
un jeu d'associations
pour se familiariser aux interventions
systémiques familiales les plus utiles
à la pratique à l'USIN (20 minutes)

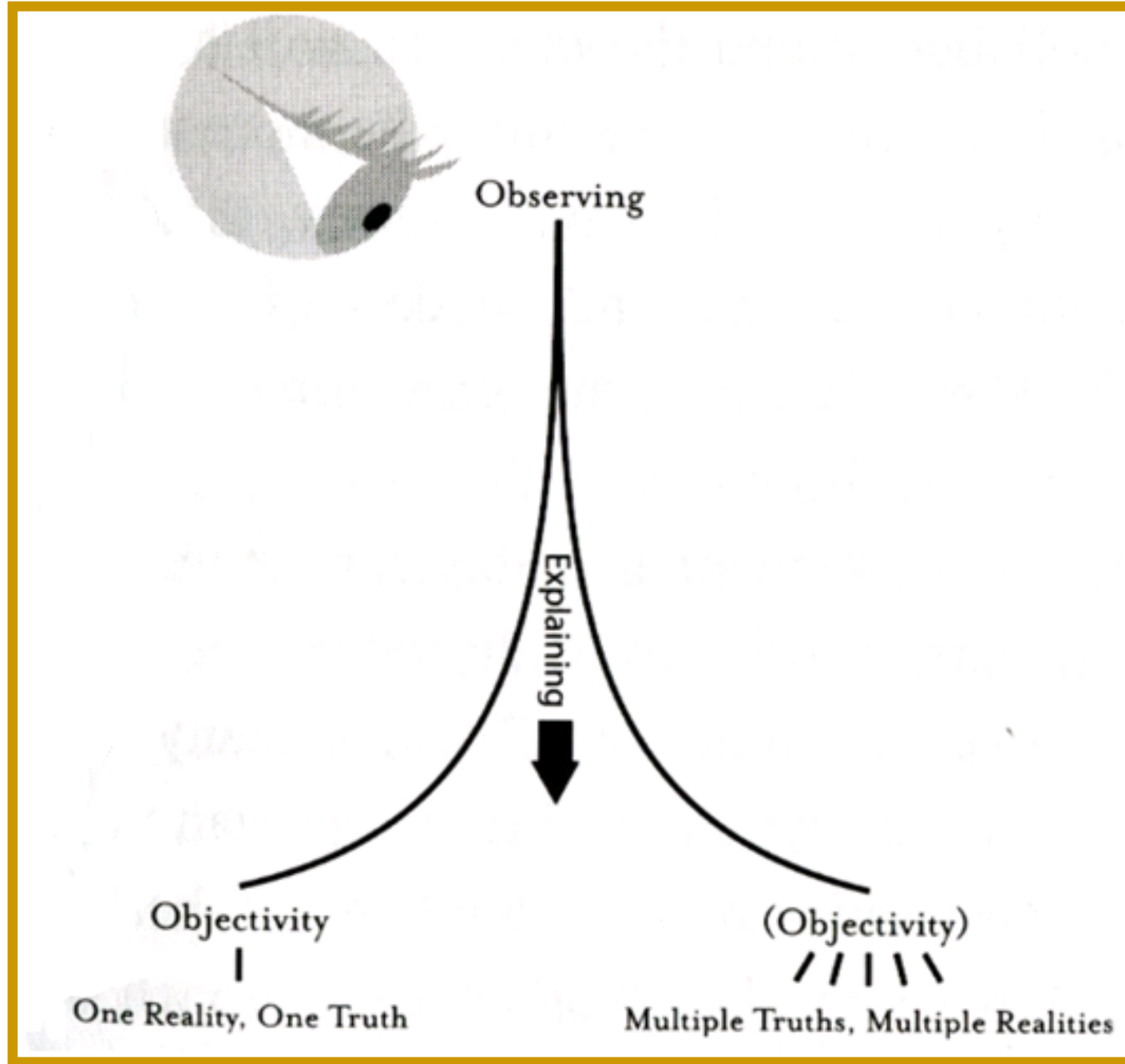


L'approche systémique familiale

(Définition)

- ✓ **Guide la pratique infirmière**
relativement aux soins à la famille
- ✓ **Repose sur :**
les deux modèles de Calgary
relatifs à l'évaluation et
l'intervention auprès de la famille
(MCEF/MCIF)





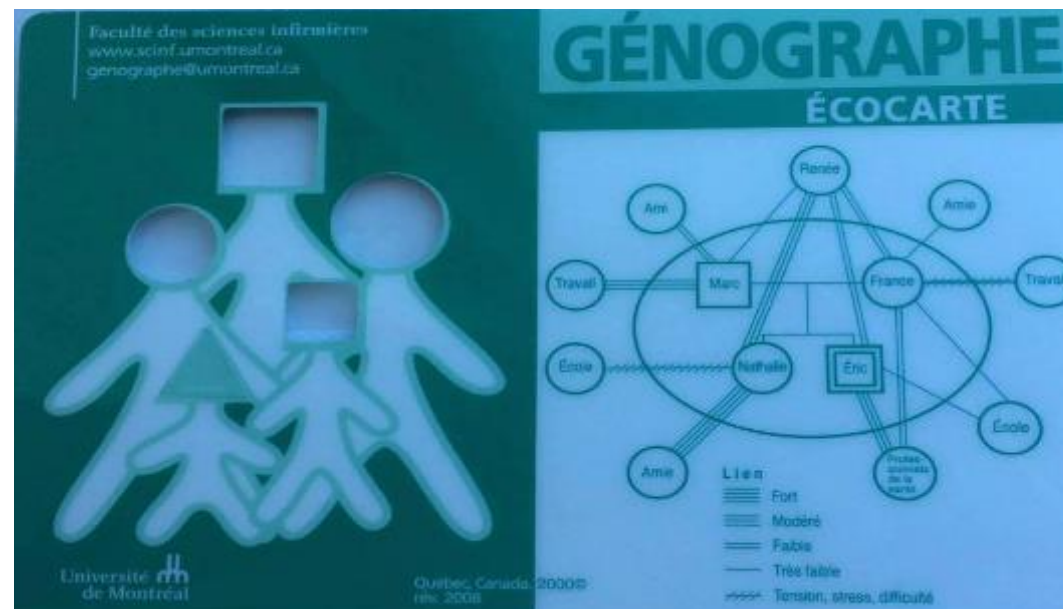
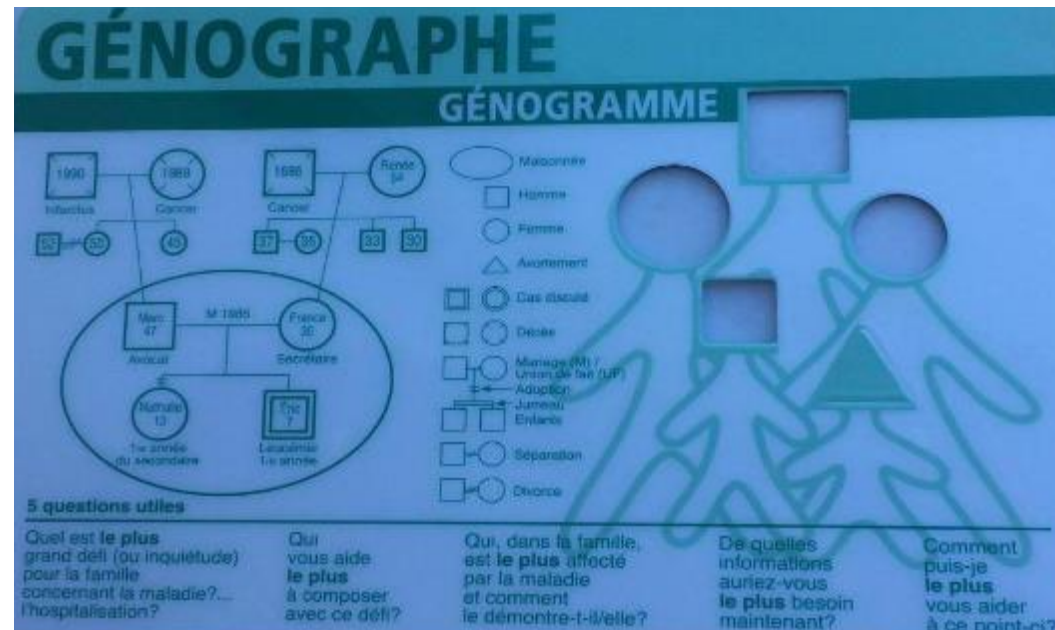
(Image repérée de Wright et Bell, 2009)

Modèles de Calgary

- **MCEF:** le *généogramme* et l'*écocarte*

Permet à l'infirmière:

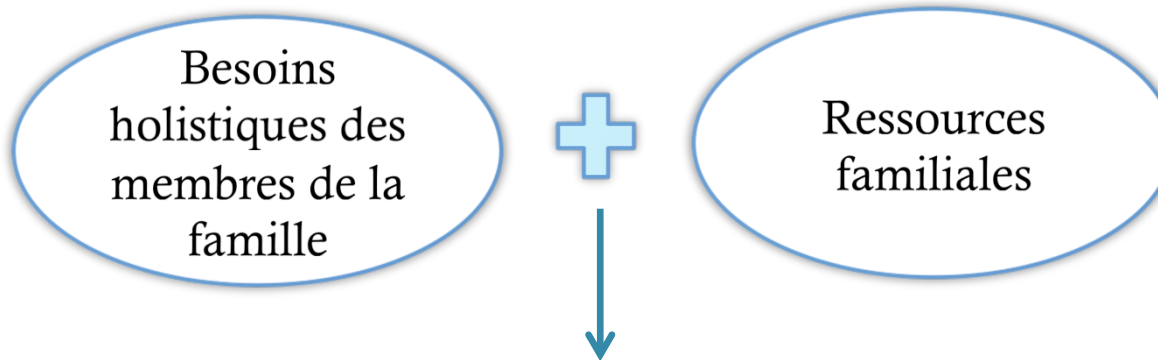
D'évaluer et documenter les renseignements pertinents sur la famille (sous forme de schéma à l'aide de symboles) en lien avec la structure interne, externe (ressources) et contextuelle



(Duhamel et Campagna, 2008)

Modèles de Calgary

- **MCIF** : utiliser les *interventions systémiques familiales*



- ✓ Facilite l'adaptation de la famille traversant une expérience de santé complexe
- ✓ À l'aide d'une perspective relationnelle, de neutralité et de collaboration non hiérarchique

Cinq éléments clés

guident l'infirmière à entretenir une courte conversation thérapeutique avec la famille (- de 15 minutes)

- | | | |
|---|---|--|
| 1. L'entretien thérapeutique | ⇒ | Actif, spécifique et limité dans le temps |
| 2. Le savoir-vivre | ⇒ | Les bonnes manières |
| 3. Le génogramme et l'écocarte | ⇒ | Brève collecte d'informations sur la famille |
| 4. Les questions thérapeutiques | ⇒ | 5 questions plus utiles |
| 5. La mise en valeur des forces individuelles et familiales | ⇒ | Ressources ou compétences observées (<i>empowerment</i>) |

Jeu d'associations !

(15 minutes)



Références

- Duhamel, F. (2015). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers* (3e éd.). Montréal: TC Media
- Wright, L. & Bell, J.M. (2009). *Beliefs and Illness: A Model for Healing*. Canada: 4th Floor Press
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6e éd.). Philadelphia: F.A. Davies
- Wright, L. & Leahey, M. (1999) Maximizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview. *Journal of Family Nursing*, 5 (3), 259-274.
doi: 10.1177/10748407 9900500302

Horaire du 2^{ieme} atelier

(60 minutes)

1. Mise à l'essai de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale©

à partir d'une situation clinique

- a) 10 minutes accordées à la lecture de la situation clinique
- b) 20 minutes accordées à la documentation
des renseignements pertinents sur la famille
(à l'aide de l'outil)
- c) 20 minutes réservées à une discussion en séminaire
pour suggérer d'autres interventions pertinentes



2. Remplir un questionnaire post-intervention (10 minutes)

Rencontre individuelle (15 minutes)

- 1. Obtenir votre rétroaction**
après l'application de l'outil
d'évaluation et d'intervention
familiale auprès d'une famille
à l'USIN (10 minutes)







Appendice C :
Jeu d'associations©

JEU D'ASSOCIATIONS SUR LES INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES FAMILIALES LES PLUS UTILES

RECONNAÎTRE LES 4 « E »	LES INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES FAMILIALES LES PLUS UTILES	L'UTILITÉ
L'EXISTENCE Favorise l'établissement d'un lien de confiance 	1 Élaborer un <i>généogramme</i> et une <i>écocarte</i> avec courtoisie et chaleur	<ul style="list-style-type: none"> • Permet à l'infirmière de mieux comprendre le contexte familial et ses ressources externes
L'EXPÉRIENCE Favorise la neutralité 	2 Démontrer de l'écoute active	<ul style="list-style-type: none"> • Permet aux membres de la famille d'exprimer plus ouvertement leurs préoccupations
	3 Légitimer l'expérience > Ressortir la logique qui sous-tend les pensées, les comportements ou les sentiments de l'autre personne.	<ul style="list-style-type: none"> • Encourage les membres de la famille à se sentir respectés et mieux compris, dans l'expérience de santé
	4 Poser des questions systémiques, parmi les plus utiles : - Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment ? - Qui vous aide le plus à composer avec ce défi ? - Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle ? - De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment ? - Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé ? - Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est-ce qui vous aiderait le plus ?	<ul style="list-style-type: none"> • Ressort les plus importants besoins et ressources des membres de la famille • Oriente les interventions infirmières
	5 Offrir des suggestions sous forme de question ex : que pensez-vous de vous offrir des moments de répit ?	<ul style="list-style-type: none"> • Reflète un respect envers les propres jugements de la famille, face aux suggestions offertes
L'EXPERTISE 	6 Souligner les forces du système familial (couple, parents et fratrie) et, mobiliser les ressources de la famille ex : spiritualité ou religion, amis, grands-parents, tante ou oncle, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Rehausse la confiance des membres de la famille en leurs propres compétences
LE BESOIN D'ESPOIR 	7 Rassurer et offrir de l'espoir ex : rassurer la famille que le nouveau-né reçoit les meilleurs soins dont il a besoin.	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue l'anxiété de la famille face à l'imprévisibilité et l'instabilité de la problématique de santé • Favorise un sentiment de confiance envers les ressources disponibles
	8 Mobiliser d'autres ressources professionnelles favorables à leur adaptation ex : groupe de soutien, travailleur-social, psychologue, intervenant en soins spirituels, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue le sentiment d'isolement dans l'expérience de santé

JEU D'ASSOCIATIONS SUR LES INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES FAMILIALES LES PLUS UTILES

RECONNAÎTRE LES 4 « E »	LES INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES FAMILIALES LES PLUS UTILES		L'UTILITÉ
L'EXISTENCE Favorise l'établissement d'un lien de confiance 	1		<ul style="list-style-type: none"> • Permet à l'infirmière de mieux comprendre le contexte familial et ses ressources externes
	2		<ul style="list-style-type: none"> • Permet aux membres de la famille d'exprimer plus ouvertement leurs préoccupations
L'EXPÉRIENCE Favorise la neutralité 	3		<ul style="list-style-type: none"> • Encourage les membres de la famille à se sentir respectés et mieux compris, dans l'expérience de santé
	4		<ul style="list-style-type: none"> • Ressort les plus importants besoins et ressources des membres de la famille • Oriente les interventions infirmières
	5		<ul style="list-style-type: none"> • Reflète un respect envers les propres jugements de la famille, face aux suggestions offertes
L'EXPERTISE 	6		<ul style="list-style-type: none"> • Rehausse la confiance des membres de la famille en leurs propres compétences
LE BESOIN D'ESPOIR 	7		<ul style="list-style-type: none"> • Diminue l'anxiété de la famille face à l'imprévisibilité et l'instabilité de la problématique de santé • Favorise un sentiment de confiance envers les ressources disponibles
	8		<ul style="list-style-type: none"> • Diminue le sentiment d'isolement dans l'expérience de santé

Élaborer un *génogramme* et une *écocarte* avec courtoisie et chaleur

Démontrer de l'écoute active

Légitimer l'expérience

> Ressortir la logique qui sous-tend les pensées, les comportements ou les sentiments de l'autre personne.

Poser des questions systémiques, parmi les plus utiles :

- Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment ?
- Qui vous aide le plus à composer avec ce défi ?
- Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle ?
- De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment ?
- Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé ?
- Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est-ce qui vous aiderait le plus ?

Offrir des suggestions sous forme de question

ex : que pensez-vous de vous offrir des moments de répit ?

Souligner les forces du système familial (couple, parents et fratrie) **et, mobiliser les ressources de la famille**

ex : spiritualité ou religion, amis, grands-parents, tante ou oncle, etc.

Rassurer et offrir de l'espoir

ex : rassurer la famille que le nouveau-né reçoit les meilleurs soins dont il a besoin.

Mobiliser d'autres ressources professionnelles favorables à leur adaptation

ex : groupe de soutien, travailleur-social, psychologue, intervenant en soins spirituels, etc.

Élaborer un *génogramme* et une *écocarte* avec courtoisie et chaleur

Démontrer de l'écoute active

Légitimer l'expérience

> Ressortir la logique qui sous-tend les pensées, les comportements ou les sentiments de l'autre personne.

Poser des questions systémiques, parmi les plus utiles :

- Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment ?
- Qui vous aide le plus à composer avec ce défi ?
- Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle ?
- De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment ?
- Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé ?
- Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est-ce qui vous aiderait le plus ?

Offrir des suggestions sous forme de question

ex : que pensez-vous de vous offrir des moments de répit ?

Souligner les forces du système familial (couple, parents et fratrie) **et, mobiliser les ressources de la famille**

ex : spiritualité ou religion, amis, grands-parents, tante ou oncle, etc.

Rassurer et offrir de l'espoir

ex : rassurer la famille que le nouveau-né reçoit les meilleurs soins dont il a besoin.

Mobiliser d'autres ressources professionnelles favorables à leur adaptation

ex : groupe de soutien, travailleur-social, psychologue, intervenant en soins spirituels, etc.

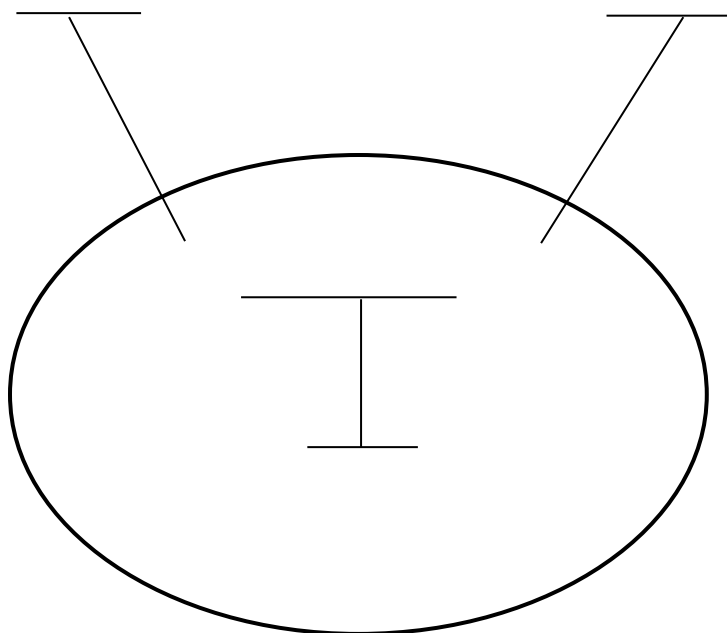
Appendice D :

Outil d'évaluation et d'intervention familiale©

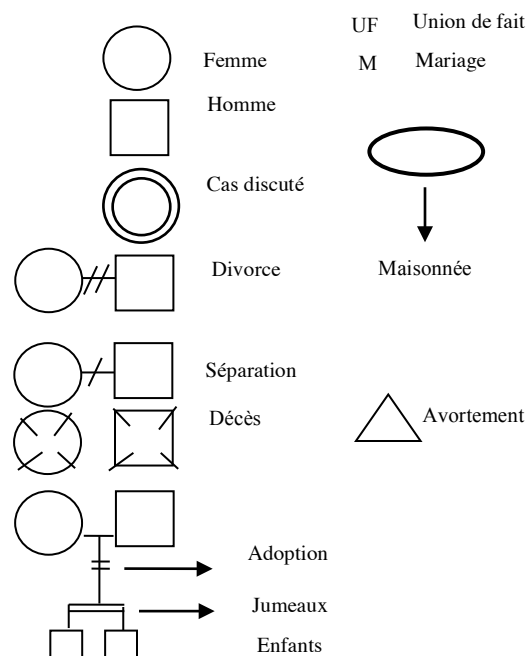
Outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN©

Le génogramme

(Données contextuelles internes: nom, âge, état civil, ATCD médicaux, ethnie, arrivée au Québec, emploi)

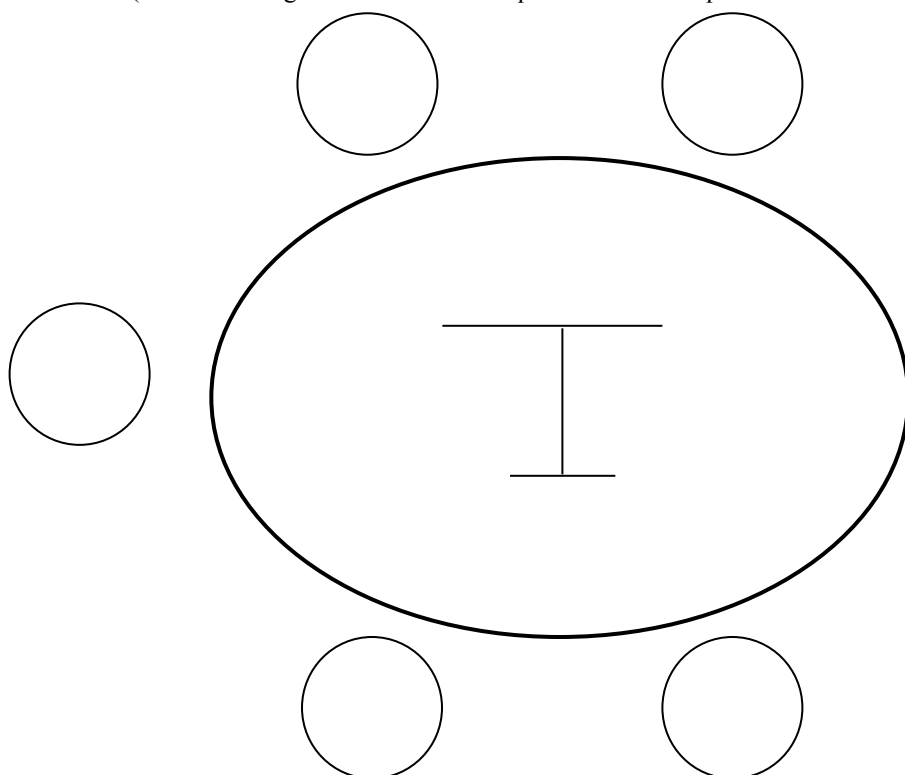


Légende :

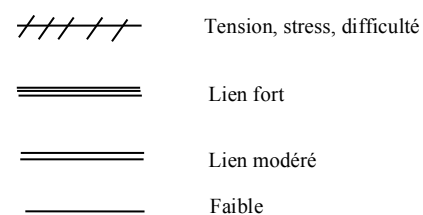


L'écocarte

(Ressources significatives externes qui facilitent l'adaptation de la famille)



Légende (lien entre les ressources):



Professionnels de la
santé impliqués

Spiritualité ou religion de chaque parent :

✓ **Domicile :**

- ☐ Montréal (spécifiez le quartier): _____
- ☐ Autre (ville, région) : _____

Services d'hébergement :

- ☐ Cachou
- ☐ Manoir Ronald-McDonald

✓ **Problème(s) de santé présenté(s) par la famille**

Le nouveau-né hospitalisé : _____

Les parents (spécifiez pour chaque parent) : _____

La fratrie (spécifiez quel enfant) _____

✓ **Les questions systémiques familiales, parmi les plus utiles** (spécifiez la perception de chaque parent):

1. Quelles sont vos attentes envers les professionnels de la santé? _____

2. Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment ? _____

Autres préoccupations importantes : _____

3. Qui vous aide le plus à composer avec ce défi? _____

4. Qui dans la famille est le plus affecté(e) par la situation de santé de (...) ? Comment est-ce démontré?

5. De quelles informations auriez-vous le plus besoin maintenant? (à noter dans la section psychosociale des notes infirmières)

6. Comment puis-je vous aider davantage à ce point-ci? (à noter dans la section psychosociale des notes infirmières)

✓ **Mise en valeur des forces individuelles et familiales** (couple, parents ou fratrie) : _____

✓ **Croyances familiales les plus importantes** (facilitantes ou contraignantes à l'adaptation de la famille):

✓ **Impression clinique** (adaptation et organisation familiale) : _____

✓ **Recommandations d'interventions :** _____

Aide-mémoire : intervention(s) systémiques familiales les plus utiles

1	Élaborer un <i>génogramme</i> et une <i>écocarte</i> avec courtoisie et chaleur
2	Démontrer de l'écoute active (écouter ce qu'un membre de la famille veut dire, sans porter de jugement ; se démontrer ouverte, empathique et disponible)
3	Légitimer l'expérience (ressortir la logique qui sous-tend les pensées, les comportements ou les sentiments de l'autre personne)
4	Poser 5 questions systémiques, parmi les plus utiles
5	Offrir des suggestions sous forme de questions (ex : que pensez-vous de vous offrir des moments de répit)
6	Souligner les forces du système familial (couple, parents et fratrie) (ex. l'esprit d'équipe, la complicité, l'amour, le courage, la générosité, le partage, la patience) et mobiliser leurs ressources (ex. spiritualité ou religion, amis, grands-parents, tante ou oncle, autres personnes significatives, école, équipe sportive, activité de détente, etc.)
7	Rassurer et offrir de l'espoir (ex. rassurer la famille que le nouveau-né reçoit les meilleurs soins dont il a besoin, que son confort assuré et que sa douleur minimisée; favoriser l'implication de la famille dans les soins ; suggérer à la famille de lire une histoire à leur bébé)
8	Mobiliser d'autres ressources professionnelles favorables à leur adaptation (ex. groupe de soutien, forums, autre parent vivant une situation semblable, travailleur-social, psychologue, intervenant en soins spirituels, etc.)

Exemple pour introduire l'élaboration du *génogramme* avec courtoisie et chaleur :

« Monsieur (ou Madame), comme infirmière, je m'intéresse à votre histoire familiale et à la façon dont vous et votre famille vivez actuellement l'hospitalisation de (nom du bébé) à l'unité néonatale. J'aimerais recueillir des informations sur votre famille qui pourraient aider l'équipe soignante à mieux vous soutenir dans cette expérience. Cette intervention nous permettrait surtout d'optimiser la continuité des soins auprès de votre famille. Est-ce que cela vous convient? »

Exemple pour introduire l'élaboration de l'*écocarte* avec courtoisie et chaleur

(Ressources significatives pour la famille, soit : la spiritualité/religion, les amis, les grands-parents, une tante ou un oncle, d'autres personnes significatives, l'école, un groupe de soutien, une équipe sportive, des activités de détente, etc.)

- ✓ « Comment allez-vous chercher de l'aide pour vous soutenir durant cette expérience difficile? »
- ✓ « Dans votre entourage, qui aide votre famille à vous adapter avec l'hospitalisation? Qui est au courant de votre situation? »
- ✓ « Qui vous apporte le plus de réconfort en lien avec l'hospitalisation de (nom du bébé) à l'unité néonatale du CHU (...) ? »
- ✓ « Quels types de liens entretenez-vous avec les personnes de votre entourage? » (Existe-il des liens difficiles ou plus distant avec certaines personnes de l'entourage?) »

Exemple pour aborder la spiritualité (valeurs, sens et but à l'existence) ou la religion

- ✓ « Vous décrivez-vous comme une personne religieuse ou spirituelle? »
- ✓ « Très souvent durant les moments difficiles, les parents peuvent réfléchir sur le sens des expériences que la vie apporte. Quel sens donnez-vous : 1. à la vie? 2. à la mort? »
- ✓ « Souhaitez-vous parler à un intervenant en soins spirituels? »

Appendice E :

Situation clinique fictive à l'USIN© et mise à l'essai de l'outil

Situation clinique fictive en néonatalogie©

Les parents Tremblay (nom fictif), provenant de la ville de St-Sutvite (ville fictive), ont expérimenté un accouchement difficile à 25 semaines de grossesse mettant au monde une petite fille prématurée, Lina (nom fictif), dont la santé tenait par un fil. À sa naissance, elle a nécessité une réanimation cardio-respiratoire ardue de 9 minutes et a donc été intubée.

Lina a été transférée à une unité des soins intensifs néonataux (USIN), d'un centre hospitalier universitaire mère-enfant, spécialisée pour les grands prématurés. Ses parents et sa sœur aînée ont été hébergés au manoir Ronald-McDonald habitant trop loin pour effectuer des déplacements chaque jour. L'imprévisibilité de la trajectoire de soins a généré un stress important chez ses parents et d'importantes répercussions sur l'organisation familiale...

La famille Tremblay comprend : M. et Mme Tremblay (26 ans, québécois, mariés, aucun ATCD médical, bénéficient du bien-être-social), Éloïse de 3ans (nom fictif), et Lina (le cas discuté). Les parents Tremblay ont une très belle relation avec leurs parents respectifs et ceux-ci sont une grande source de soutien moral et organisationnel pour eux. N'ayant pas de voiture, les grands-parents maternels et paternels accompagnent tour à tour les parents Tremblay dans leurs déplacements. Ils se proposent aussi souvent pour garder l'aînée afin que les parents puissent visiter Lina ensemble. M. Tremblay se dit catholique alors que Mme Tremblay n'a pas d'affiliation religieuse particulière. Elle croit que sa grand-mère est son ange gardien et qu'elle veille sur sa famille. Les parents se disent bien accueillis et entourés par les infirmières et l'équipe médicale du CHU (aucune relation conflictuelle dans leur entourage).

Voici un résumé du parcours de Lina à l'USIN et les problématiques de santé vécues : suite au manque d'oxygène à la naissance, Lina a fait une perforation spontanée de l'intestin (NEC) et a subi une résection (stomie et fistule présentes). Elle a fait une autre complication courante du prématuré lors de l'hospitalisation, soit la persistance du canal artériel. Après deux échecs de traitements médicamenteux, elle a eu une seconde chirurgie pour ligaturer ce canal, ce qui a prolongé l'intubation. Rendue à 29 semaines, Lina étant toujours intubée depuis sa naissance, s'est installée une pneumopathie évolutive en conséquence de la ventilation invasive.

Lors d'une journée calme à l'USIN, l'infirmière en charge s'aperçoit qu'il n'y a aucune information sur la famille au dossier de Lina. Pour établir un lien de confiance et apprendre à mieux connaître la famille, elle décide d'élaborer un *génogramme* et une *écocarte* avec les parents. L'infirmière

de Lina s'est appliquée à une écoute active de l'histoire des parents Tremblay avec courtoisie, intérêt, chaleur et empathie. M. et Mme Tremblay se sont ouverts à l'infirmière, et lui ont raconté leur histoire. Ainsi, l'infirmière s'aperçoit que les parents éprouvent de la difficulté à séparer leur temps entre Éloïse et Lina. En effet, Éloïse est devenue anxieuse et fait beaucoup plus de crises lorsque ses parents la quittent, surtout sa mère. Mme Tremblay est à la maison avec Éloïse depuis sa naissance. C'est donc pourquoi, Mme Tremblay se trouve à être moins souvent au chevet de Lina. Les parents se disent très inquiets pour le développement de leurs deux filles. La mère ressent beaucoup de culpabilité.

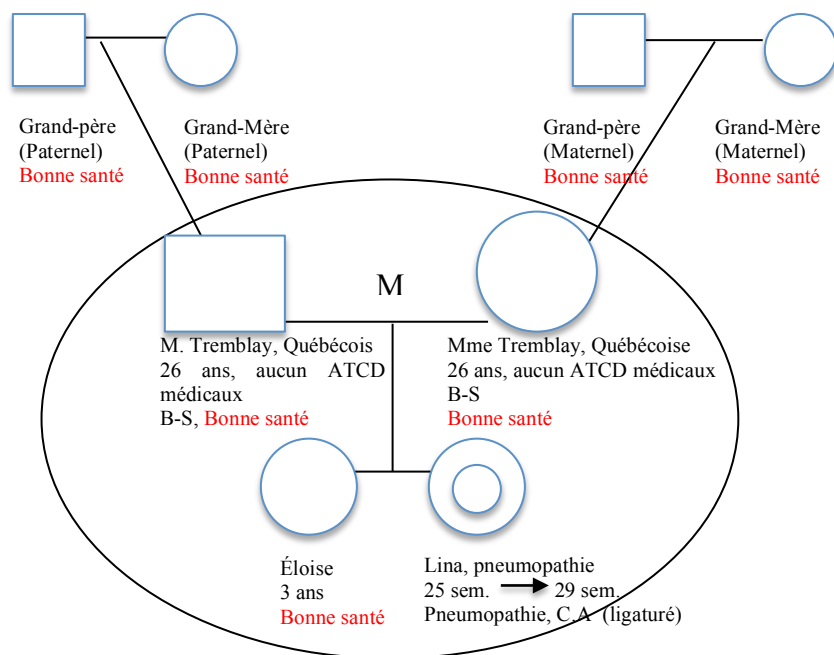
Instructions :

- ✓ Mettre à l'essai l'outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN à partir de la situation clinique
- 1. 10 minutes accordées à la lecture de la situation clinique
- 2. 20 minutes accordées à la documentation des renseignements pertinents sur la famille (en grand groupe; à l'aide de l'ordinateur et du projecteur)
- 3. 20 minutes réservées à une discussion en séminaire pour suggérer d'autres interventions pouvant être réalisées auprès de la famille afin de favoriser l'adaptation de la famille à ce moment durant l'hospitalisation.

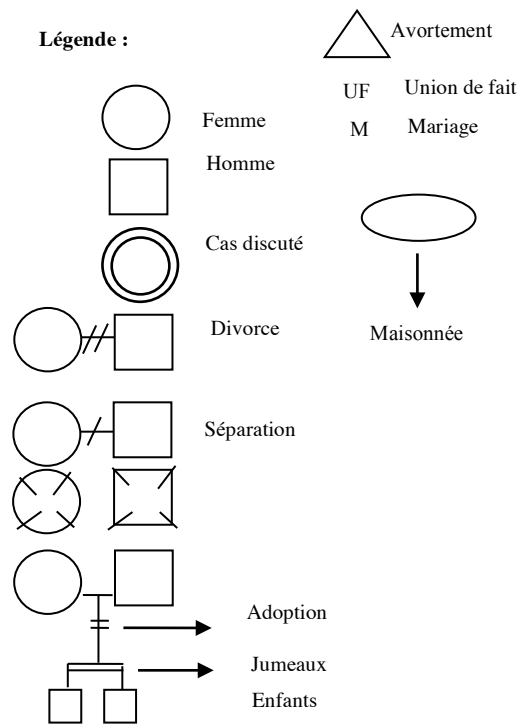
Outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN©

Le génogramme

(Données contextuelles internes: nom, âge, état civil, ATCD médicaux, ethnie, arrivée au Québec, emploi)

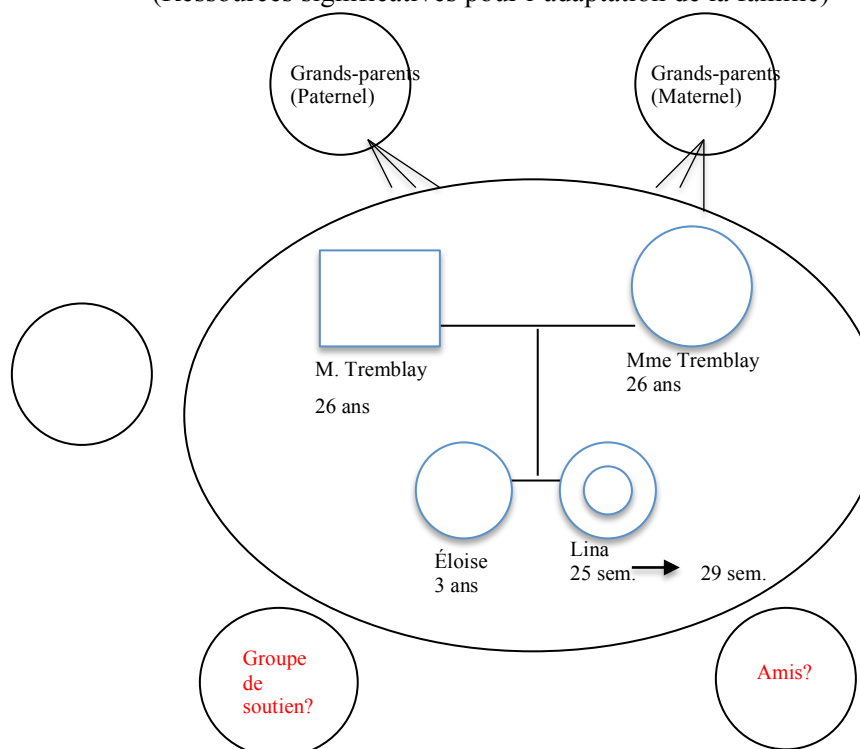


Légende :

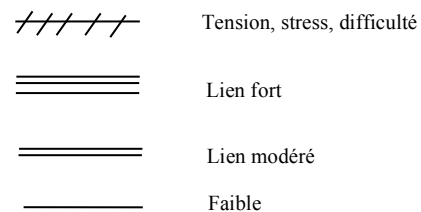


L'écocarte :

(Ressources significatives pour l'adaptation de la famille)



Légende (lien entre les ressources):



Professionnels de la santé

Équipe
médicale
(Qui?)

Infirmières
(Qui?)

Spiritualité religion (chaque parent) :

Mère : pas d'affiliation religieuse; croit que sa grand-mère est son ange gardien et qu'elle veille sur sa famille
Père : Chrétien

✓ **Domicile :**

- ☐ Montréal (spécifiez le quartier): _____
- ☐ Autre (ville, région) : _____

Services d'hébergement :

- ☐ Cachou
- ☒ Manoir Ronald-McDonald

✓ **Problème(s) de santé présenté(s) par la famille**

Le nouveau-né hospitalisé : Intubé depuis la naissance, pneumopathie évolutive, C.A (ligaturé), NEC avec résection de l'intestin (stomie et fistule présentes).

Les parents : Aucun (ex. dépression dx, pré-éclampsie ou diabète gestationnel chez la mère, etc.)

La fratrie (spécifiez qui) : Aucun (ex. Trouble de comportement dx, virus ou infection bactérienne, etc.)

✓ **5 questions les plus utiles (pour chaque question, spécifiez la perception de chaque parent):**

1. Quelles sont vos attentes envers les professionnels de la santé?

2. Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment ? Les parents sont très inquiets pour le développement de leurs deux filles

Autres préoccupations : _____

3. Qui vous aide le plus à composer avec ce défi? Les grands-parents maternels et paternels

4. Qui dans la famille est le plus affecté(e) par la situation de santé de (...) ? Comment est-ce démontré? La mère (ressent beaucoup de culpabilité)

5. De quelles informations auriez-vous le plus besoin maintenant? (section psychosociale du bilan de 24h)

Comment puis-je vous aider davantage à ce point-ci? (section psychosociale du bilan de 24h)

✓ **Mise en valeur des forces individuelles et familiales** (famille, couple, parents ou fratrie) :

Bons parents (ils s'inquiètent pour le développement de leurs deux filles); belle complicité du couple

✓ **Croyances des parents liées à la problématique de santé :**

Spiritualité/ religion (aide les parents à s'adapter dans l'expérience); «un parent devrait être au chevet de son nouveau-né hospitalisé» (culpabilité; difficulté à séparer leur temps entre Éloïse et Lina)

✓ **Impression clinique** (adaptation et organisation familiale) :

Difficulté d'adaptation familiale : parents éprouvent de la difficulté à séparer leur temps entre leurs deux filles; fille aînée anxieuse et fait beaucoup plus de crise lorsque ses parents la quitte (surtout sa mère)

—————> Suggérer d'établir une routine fixe auprès de la fille aînée ? Garderie au centre hospitalier ? TS?

Appendice F :

Signets aide-mémoire©

Recto



Interventions familiales les plus utiles

1. Élaborer le *généogramme* et l'*écocarte*
2. Démontrer de l'écoute active
3. Légitimer l'expérience
4. Poser des questions systémiques
5. Offrir des suggestions
6. Souligner les forces de la famille
7. Rassurer et offrir de l'espoir
8. Mobiliser d'autres ressources



Interventions familiales les plus utiles

1. Élaborer le *généogramme* et l'*écocarte*
2. Démontrer de l'écoute active
3. Légitimer l'expérience
4. Poser des questions systémiques
5. Offrir des suggestions
6. Souligner les forces de la famille
7. Rassurer et offrir de l'espoir
8. Mobiliser d'autres ressources



Interventions familiales les plus utiles

1. Élaborer le *généogramme* et l'*écocarte*
2. Démontrer de l'écoute active
3. Légitimer l'expérience
4. Poser des questions systémiques
5. Offrir des suggestions
6. Souligner les forces de la famille
7. Rassurer et offrir de l'espoir
8. Mobiliser d'autres ressources



Interventions familiales les plus utiles

1. Élaborer le *généogramme* et l'*écocarte*
2. Démontrer de l'écoute active
3. Légitimer l'expérience
4. Poser des questions systémiques
5. Offrir des suggestions
6. Souligner les forces de la famille
7. Rassurer et offrir de l'espoir
8. Mobiliser d'autres ressources



Interventions familiales les plus utiles

1. Élaborer le *généogramme* et l'*écocarte*
2. Démontrer de l'écoute active
3. Légitimer l'expérience
4. Poser des questions systémiques
5. Offrir des suggestions
6. Souligner les forces de la famille
7. Rassurer et offrir de l'espoir
8. Mobiliser d'autres ressources

Verso

Questions systémiques familiales les plus utiles:

1. Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment?
2. Qui vous aide le plus à composer avec ce défi?
3. Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle?
4. De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment?
5. Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé?
6. Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est ce qui vous aiderait le plus?

Questions systémiques familiales les plus utiles:

1. Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment?
2. Qui vous aide le plus à composer avec ce défi?
3. Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle?
4. De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment?
5. Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé?
6. Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est ce qui vous aiderait le plus?

Questions systémiques familiales les plus utiles:

1. Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment?
2. Qui vous aide le plus à composer avec ce défi?
3. Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle?
4. De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment?
5. Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé?
6. Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est ce qui vous aiderait le plus?

Questions systémiques familiales les plus utiles:

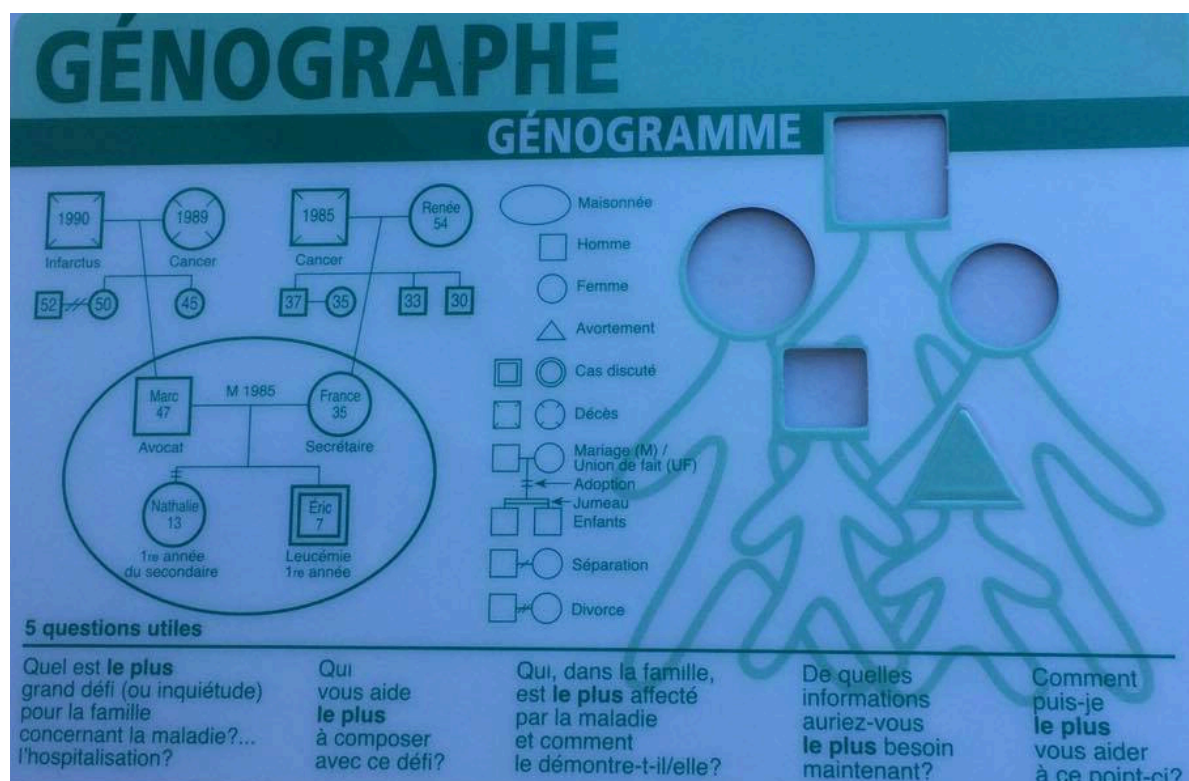
1. Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment?
2. Qui vous aide le plus à composer avec ce défi?
3. Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle?
4. De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment?
5. Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé?
6. Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est ce qui vous aiderait le plus?

Questions systémiques familiales les plus utiles:

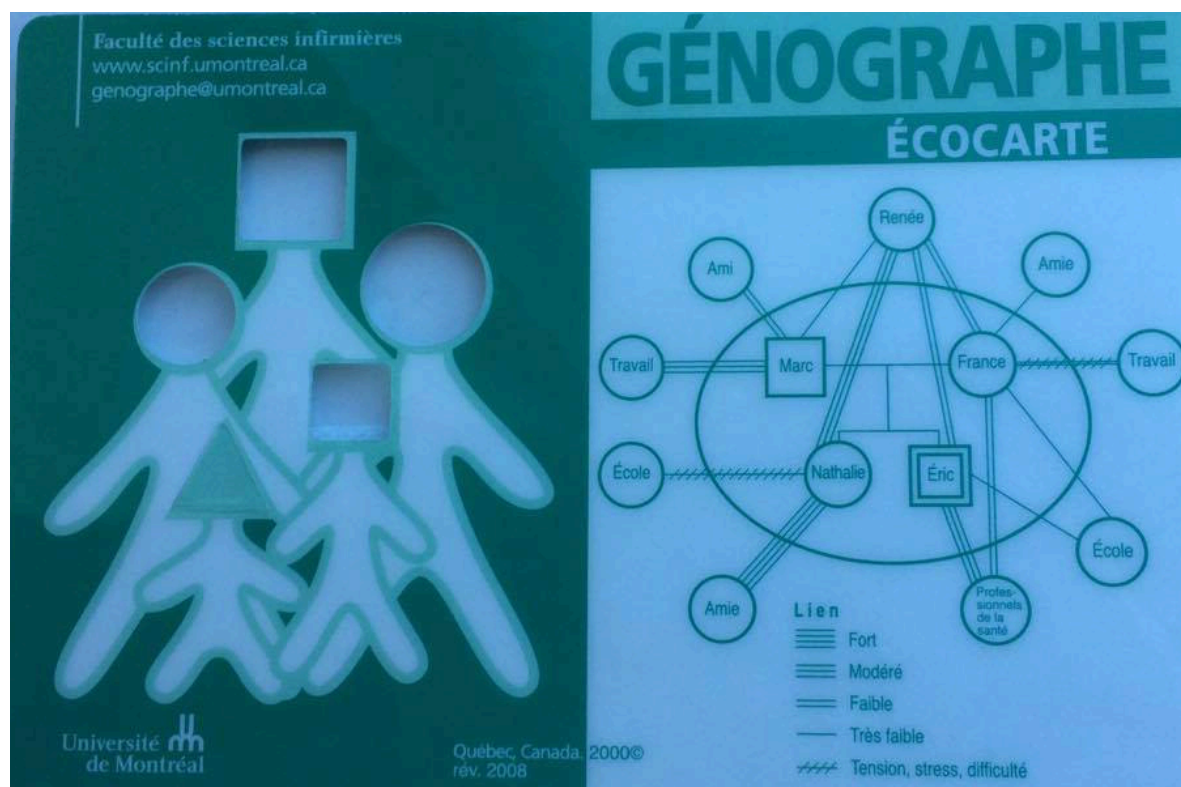
1. Quelle est votre plus grande préoccupation (ou inquiétude) en ce moment?
2. Qui vous aide le plus à composer avec ce défi?
3. Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle?
4. De quelles informations auriez-vous le plus besoin en ce moment?
5. Quelles sont vos plus grandes attentes envers les professionnels de la santé?
6. Si je pouvais faire une chose pour vous aujourd'hui, qu'est ce qui vous aiderait le plus?

Appendice G :
Images du *génographe*

Recto



Verso



Appendice H :

Lettres d'invitation pour le recrutement des infirmières



Lettre d'invitation pour le recrutement des infirmières (par affiche et par courriel)

Nous vous invitons à participer à un projet de stage de maîtrise. Cette intervention éducative est accréditée par l'hôpital, selon les normes de l'OIIQ. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels.

Titre du projet : Développement et mise à l'essai d'une intervention éducative sur l'Approche Systémique familiale (ASF) auprès d'infirmières à une unité de soins intensifs néonataux (USIN)

En participant à ce projet, vous nous permettrez de mieux connaître les besoins des infirmières à l'USIN relativement aux soins à la famille et d'intégrer en pratique un outil d'évaluation et d'intervention familiale.

Participants : Toutes les infirmières de l'unité des soins intensifs néonataux (jour, soir et nuit); minimum d'un an d'expérience à l'USIN.

Déroulement de l'intervention éducative : l'intervention éducative se déroulera pendant les heures de travail de jour et de soir, à l'heure du dîner ou du souper. Elle sera offerte en deux ateliers d'apprentissage d'environ 60 minutes chacune. De plus, les infirmières seront aussi invitées à participer à deux autres activités de 15 à 30 minutes, soit : appliquer l'outil d'évaluation et d'intervention familiale auprès d'une famille à l'USIN, et une semaine plus tard, se présenter à une rencontre individuelle de *coaching*.

1^{er} atelier d'apprentissage prévu : réaliser un questionnaire pré-intervention, un volet théorique interactif sur les connaissances de bases de l'approche systémique familiale, et un volet pratique, soit un jeu d'associations sur les interventions systémiques familiales les plus utiles à la pratique infirmière à l'USIN.

2^e atelier d'apprentissage prévu : mettre à l'essai de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale, en séminaire, à partir d'une situation clinique, et réaliser un questionnaire post-intervention.

3^e activité (facultative) : appliquer l'outil d'évaluation et d'intervention familiale auprès d'une famille à l'USIN.

4^e activité (facultative) : se présenter à une rencontre individuelle de *coaching*.

Les retombées de cette intervention seront compilées à l'aide de questionnaires pré/post-intervention pour évaluer les besoins des infirmières relativement aux soins à la famille à l'USIN, évaluer les connaissances et habiletés acquises, et obtenir leur appréciation sur cette intervention. Pour obtenir une accréditation des heures de formation continue, les infirmières devront être présentes minimalement aux deux ateliers d'apprentissage et remplir les questionnaires pré/post-intervention. Pour participer, veuillez contacter la personne ressource du projet, ou déposer votre nom en lettres moulées (indiquant votre quart de travail) sur un petit papier dans la boîte au babillard de la salle de repos. L'heure des activités vous sera communiquée personnellement.

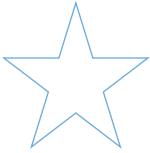
Date limite d'inscription : le 5 novembre 2016

Où : la salle x

Personne ressource en charge du projet :

Marie-Sophie Cognard,
Infirmière clinicienne, B. Sc.,
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières,
Option expertise-conseil,

marie-sophie.cognard@umontreal.ca



Lettre d'invitation pour le recrutement des infirmières (en présentiel)

Bonjour à tous ☺!

Je suis actuellement étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, option expertise-conseil, à l'Université de Montréal. J'aimerais vous glisser un mot par rapport à mon projet de stage de maîtrise. Je cherche des infirmières pour participer à une intervention éducative sur l'approche systémique familiale à l'unité néonatale. Cette approche vise à soutenir l'infirmière à évaluer et à intervenir auprès de la famille. J'ai développé un outil pour soutenir les infirmières à utiliser cette approche en pratique, soit un outil d'évaluation et d'intervention familiale©. L'outil développé est un mandat de l'hôpital. Le CHU aimerait instaurer un outil semblable sur toutes les unités. Donc en y participant, vous me permettrez de mieux connaître vos besoins en lien avec les soins à la famille en vue d'émettre des recommandations pour adapter l'outil en fonction de ceux-ci.

L'intervention sera offerte en deux ateliers d'apprentissage en groupe, d'environ 60 minutes. Ensuite, les infirmières participantes à l'intervention seront invitées à participer à deux autres activités individuelles, d'environ 15 à 30 minutes, soit : d'appliquer l'outil développé auprès d'une famille en contexte de pratique, et une semaine plus tard, de participer à une rencontre individuelle de coaching pour obtenir une rétroaction sur l'expérience vécue. Si l'outil est intégré à l'unité néonatale, cela améliorera la continuité des soins à la famille. En participant au projet, vous obtiendrez 2 heures 30 minutes de formation accréditée contribuant aux heures de formation continue exigées par l'OIIQ. Le projet se déroulera au mois de novembre, à l'heure du dîner ou du souper. Étant la personne ressource du projet, je vous communiquerai l'horaire moi-même. Le résumé du projet a été publié dans «les mémos du vendredi». Il est aussi affiché sur une feuille au babillard, accompagnée d'une boîte d'inscription. En vue de respecter la confidentialité des participantes, les infirmières intéressées par ce projet pourront s'y inscrire en déposant leur nom dans la boîte ou en me contactant.

Vous avez jusqu'au 5 novembre 2016 pour vous y inscrire ☺.

Appendice I :

Questionnaires pré et post-intervention©

Questionnaire pré-intervention éducative

But du projet : Développer et mettre à l'essai, auprès d'infirmières d'une USIN, une intervention éducative sur l'ASF, incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale, afin d'optimiser leurs connaissances et leurs habiletés relativement aux soins à la famille.

Objectifs du projet :

1. Développer une intervention éducative sur l'ASF, incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale, auprès d'infirmières d'une USIN.
2. Mettre à l'essai l'intervention éducative, auprès d'infirmières d'une USIN.
3. Évaluer, auprès des infirmières, les retombées de l'intervention éducative, à l'aide de questionnaires pré/post-intervention en termes de connaissances, d'habiletés et d'appréciation de l'intervention éducative.

- ✓ Il n'existe aucun inconvénient ou risque découlant de votre participation à ce projet.
 - ✓ Tous les renseignements recueillis dans ce questionnaire demeureront confidentiels.
 - ✓ Votre participation est volontaire.
 - ❖ En répondant à ce questionnaire, vous donnez votre consentement de participation à ce projet.
- Initiales de l'infirmière: _____

- **Instruction :** Cocher un «X» vis-à-vis l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation, comme infirmière à l'unité des soins intensifs néonataux (USIN)

	1	2	3	4	5
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Indécis	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
1. Totalement en désaccord					
2. Plutôt en désaccord					
3. Indécis					
4. Plutôt d'accord					
5. Totalement d'accord					
1. Je crois avoir les connaissances nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN					
2. Je crois avoir les habiletés nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN					
3. Je crois avoir les outils nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN					
4. Je suis capable d'élaborer un <i>génogramme</i> et une <i>écocarte</i>					

Questions à court développement :

Comme infirmière à l'USIN, quelles interventions familiales utilisez-vous le plus?

Actuellement, quel est votre plus grand besoin ou préoccupation relativement aux soins à la famille à l'USIN? _____

Questionnaire post-intervention éducative

But du projet : Développer et mettre à l'essai, auprès d'infirmières d'une USIN, une intervention éducative sur l'ASF, incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale, afin d'optimiser leurs connaissances et leurs habiletés relativement aux soins à la famille.

Objectifs du projet :

1. Développer une intervention éducative sur l'ASF, incluant un outil d'évaluation et d'intervention familiale, auprès d'infirmières d'une USIN.
2. Mettre à l'essai l'intervention éducative, auprès d'infirmières d'une USIN.
3. Évaluer, auprès des infirmières, les retombées de l'intervention éducative, à l'aide de questionnaires pré/post-intervention en termes de connaissances, d'habiletés et d'appréciation de l'intervention éducative.

- ✓ Il n'existe aucun inconvénient ou risque découlant de votre participation à ce projet.
- ✓ Tous les renseignements recueillis dans ce questionnaire demeureront confidentiels.
- ✓ Votre participation est volontaire.
- ❖ En répondant à ce questionnaire, vous donnez votre consentement de participation à ce projet.
Initiales de l'infirmière: _____

- **Instruction :** Cocher un «X» vis-à-vis l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation, comme infirmière à l'unité des soins intensifs néonataux (USIN)

	1	2	3	4	5
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Indécis	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
1. Totalement en désaccord					
2. Plutôt en désaccord					
3. Indécis					
4. Plutôt d'accord					
5. Totalement d'accord					
1. Je crois avoir les connaissances nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN					
2. Je crois avoir les habiletés nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN					
3. Je crois avoir les outils nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN					
4. Je suis capable d'élaborer un <i>génogramme</i> et une <i>écocarte</i>					

	1	2	3	4	5
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Indécis	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
* Instruction : Cocher un «X» vis-à-vis l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation, comme infirmière à l'unité des soins intensifs néonataux (USIN) (1 .Totalement en désaccord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Indécis, 4. Plutôt d'accord, 5. Totalement d'accord)					
1. Le contenu théorique de l'intervention éducative est pertinent pour la pratique infirmière en néonatalogie					
2. Le jeu d'association m'a permis d'acquérir des nouvelles connaissances sur les interventions systémiques familiales les plus utiles à la pratique infirmière à l'USIN selon la typologie des «4E»					
3. La mise à l'essai de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN, à partir d'une situation clinique fictive, m'a permis d'acquérir des nouvelles habiletés pour évaluer et intervenir auprès des familles					
4. L'application de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN, auprès d'une famille, m'a permis d'acquérir des nouvelles habiletés pour évaluer et intervenir auprès des familles					
5. L'outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN est facile à utiliser					
6. L'outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN est utile afin d'intervenir auprès de la famille					
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de l'intervention éducative sur l'ASF					
8. L'intervention éducative sur l'ASF à l'USIN a répondu à mes besoins d'apprentissage					
9. Le nombre et la durée des rencontres planifiées dans l'intervention éducative, est approprié (deux capsules éducatives de 60 minutes et une rencontre individuelle de 30 minutes)					
10. Les stratégies éducatives (jeu d'association, mise à l'essai de l'outil à partir d'une situation clinique fictive) sont stimulantes					

Questions à court développement :

Suivant cette intervention éducative, selon vous, qu'est-ce qui vous sera le plus utile en pratique?

Qu'avez-vous apprécié le plus de l'intervention éducative?

Qu'avez-vous apprécié le moins de l'intervention éducative?

Autres suggestions 😊 :

MERCI de votre participation!

Attestation d'accréditation

Source : Université de Montréal (2013). *Guide éthique de la formation continue non diplômante de la Faculté des sciences infirmières*, FSI, Université de Montréal.

***Instruction :** Encercler l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation :

L'activité respectait-elle le Guide éthique de la formation continue de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ? (voir page ci-jointe)

Oui / Non

Aviez-vous l'impression qu'il y avait un biais commercial durant l'activité éducative ?

Oui / Non

Le conférencier, l'animateur ou le professeur

À partir des objectifs d'apprentissage ou des compétences visées, la personne ressource nommée conférencier, professeur ou animateur d'un atelier, élabore le contenu de l'activité de formation continue, identifie les méthodes pédagogiques et les activités d'apprentissage, crée le matériel didactique, anime l'activité, évalue les apprentissages et compile les évaluations des compétences et/ou de la satisfaction des participantes à l'activité éducative.

Règles et responsabilités éthiques :

- La personne ressource agit avec loyauté et honnêteté.
- Elle avise le comité organisateur de l'activité éducative et les participantes, de toute alliance, affiliation ou de tout soutien financier ayant un lien avec le contenu de l'activité et ce, pour une période antérieure de 2 ans. À cet effet, elle remplit le Formulaire de divulgation de conflits d'intérêts potentiels (voir à la dernière page de ce document).
- Elle évite de transmettre - aux personnes en formation - des informations visant à les faire adhérer à des organisations, des associations ou autres.
- Elle tient à jour ses compétences et ses méthodes d'enseignement.
- Elle présente un contenu valide qui s'appuie sur les plus récentes données probantes.
- Elle ne doit pas utiliser le contenu de formation appartenant à un autre auteur à moins d'une autorisation écrite de sa part.
- Si des produits ou services sont mentionnés, elle démontre un contenu équilibré entre différents produits pharmaceutiques, médicaux ou autres disponibles sur le marché.
- Les médicaments sont exposés selon leur version générique et non avec leur nom commercial.
- La personne ressource conçoit des outils didactiques exempts d'éléments promotionnels reliés au contenu de l'activité éducative.
- Elle tient compte de l'élément suivant : le logo d'une l'entreprise subventionnaire ainsi que son nom (en lettres) sont prohibés dans tous les documents connexes (fiche d'inscription, présentation PowerPoint, cahier d'apprentissage, etc.) à l'activité éducative.
- Elle consent à des honoraires reconnus comme acceptables par le comité organisateur de l'activité.

- Elle accepte d'être remboursée pour les frais de déplacement, de repas et d'hébergement et ce, selon des montants reconnus comme acceptables par le comité organisateur de l'activité.
- En plus de sa rémunération, elle n'accepte aucun avantage personnel, tels un gain financier, un cadeau, un privilège ou une reconnaissance professionnelle.
- La personne ressource s'abstient d'utiliser des méthodes sournoises de concurrence ou de sollicitation.
- Elle vérifie si le contenu de la publicité destinée à l'activité qu'elle va animer est exact.
- Elle évite toute activité de promotion d'un service ou d'un produit dissimulée sous l'apparence d'une activité de formation continue.

La participante

La participante est une infirmière inscrite au Tableau de l'OIIQ. Elle respecte la nouvelle norme professionnelle intitulée *La formation continue pour la profession infirmière au Québec*.

Règles et responsabilités éthiques :

- La participante est à l'affût de tout conflit d'intérêts réel ou potentiel relié à l'activité éducative.
- Elle inscrit sur le formulaire d'évaluation tout conflit d'intérêts possible.
- Elle acquitte les frais reliés aux activités sociales ou autres proposées dans l'activité éducative.
- Afin de participer à une activité éducative, elle évite de demander une aide financière — pour elle-même — à une entreprise commerciale.
- Une subvention pour participer à une activité éducative peut être acceptée à condition que cette contribution pécuniaire soit obtenue par la Direction des soins infirmiers (DSI) ou le Comité des infirmières et infirmiers (CII) et qu'elle soit associée à un processus de sélection rigoureux des participantes.
- La participante peut, toutefois, recevoir une compensation financière (frais de déplacement ou repas) dans le cadre d'une formation associée à un projet de recherche.

Appendice J :

Activité de vulgarisation scientifique

INTERVENTION ÉDUCATIVE SUR L'APPROCHE SYSTÉMIQUE FAMILIALE

AUPRÈS D'INFIRMIÈRES D'UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS NÉONATALS

Innovation d'un outil d'évaluation et d'intervention familiale[®]

Marie-Sophie Cognard, inf., B. Sc., étudiante M. Sc.^a

Marilyn Aita, inf., Ph.D.^{bc} | Anne-Marie Martinez, inf., T.C.F., M. Sc.^{de} | Audrey Larone Juneau, inf., M. Sc.^f



Problématique

Considérant les impacts de l'hospitalisation d'un nouveau-né à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) sur le bien-être global de la famille, les infirmières doivent être outillées de manière optimale, afin de soutenir adéquatement les besoins de chacun des membres^{1,10,15,16}.

Les données probantes révèlent que les infirmières à l'USIN manquent de connaissances et d'habiletés relativement aux soins à la famille^{3,6,7,8,11,19,20}.

BUT

Présenter le développement et la mise à l'essai d'une courte intervention éducative sur l'approche systémique familiale (ASF), incluant un *outil d'évaluation et d'intervention familiale*, pour optimiser les connaissances et habiletés des infirmières à une USIN.

Modalité de l'intervention

CADRE DE RÉFÉRENCE

- L'intervention éducative sur l'ASF est basée des fondements théoriques des modèles de Calgary liés à l'évaluation et l'intervention auprès de la famille (MCEF/MCIF)^{5,21}. L'ASF :
 - > guide la pratique infirmière relativement aux soins à la famille.
 - > favorise une meilleure communication infirmière-famille.
 - > permet de mieux répondre aux besoins de chaque membre de la famille.
 - > facilite l'adaptation de la famille face à une problématique de santé.
- Le MCEF proposent deux outils, le *génogramme* et l'*écocarte*, pour guider l'infirmière à réaliser une évaluation des besoins holistiques de la famille, sous forme d'entrevue familiale (conversation thérapeutique)^{5,21}.
- Le MCIF suggère à l'infirmière d'utiliser des interventions systémiques familiales, en fonction des besoins/préoccupations/croyances de la famille, qui concordent avec sa structure bio-psycho-socio-culturelle et spirituelle^{5,21}.
 - > une perspective relationnelle, de neutralité et de collaboration non hiérarchique.

PARTICIPANTS ET MILIEU CHOISI

- 13 infirmières de l'USIN (expérience de 1 à 28 ans) d'un centre hospitalier universitaire pédiatrique à Montréal, divisées en trois groupes, ont participé aux deux activités d'apprentissages obligatoires et ont complété les questionnaires pré/post-intervention.
- 4 infirmières ont poursuivi volontairement jusqu'à la dernière étape de l'intervention.

ÉVALUATION DE L'INTERVENTION

Les retombées de l'intervention, sur les connaissances, les habiletés et la satisfaction des infirmières, ont été évaluées à l'aide de deux questionnaires auto-administrés, pré/post-intervention, avec des énoncés à choix de réponse, selon l'échelle de *Likert*, et des questions à court développement.

Description de l'intervention

1 ^{er} ATELIER D'APPRENTISSAGE EN GROUPE	60 min	2 ^e ATELIER D'APPRENTISSAGE EN GROUPE	60 min	APPLICATION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION À L'USIN (facultative)	15 min	RENCONTRE INDIVIDUELLE DE COACHING (facultative)	30 min
<ul style="list-style-type: none">Questionnaire pré-intervention1^{re} activité théorique2^e activité pratique : jeu d'associations sur les interventions systémiques familiales les plus utiles		<ul style="list-style-type: none">Mise à l'essai de l'outil d'évaluation et d'intervention familiale à partir d'une situation fictive à l'USIN1 Lecture de la situation clinique2 Documentation des renseignements pertinents sur la famille avec l'outil3 Discussion en séminaire pour suggérer d'autres interventions systémiques familiales pouvant être réalisées		<ul style="list-style-type: none">Activité individuelle auprès d'une famille		<ul style="list-style-type: none">Entretien sur l'expérience vécue, et coaching réalisé auprès des infirmières pour :<ul style="list-style-type: none">> Répondre aux questions> Vérifier l'applicabilité de l'outil en contexte de pratique> Cueillir la perception des infirmières sur les nouvelles habiletés acquises> Offrir un soutien complémentaire aux infirmières	

L'intervention éducative a respecté la structure de l'intervention de Martinez et collaborateurs (2007)¹⁴. Pour faciliter l'apprentissage et favoriser l'utilisation de l'ASF :

- Le contenu de l'intervention éducative met l'accent sur les cinq éléments clés de *l'entrevue familiale de 15 minutes* de l'ASF²¹, ainsi que la *typologie des 4 « E »* de Duhamel (2015), regroupant les interventions systémiques familiales les plus reconnues, en quatre catégories d'interventions (reconnaître l'Existence, reconnaître l'Expérience, reconnaître l'Expertise, et reconnaître le besoin d'Espoir)⁵.

Résultats

- L'intervention éducative semble avoir optimisé les connaissances et habiletés des infirmières.
- Dans l'ensemble, elles sont satisfaites de l'intervention éducative.
- Elles attestent que *l'outil d'évaluation et d'intervention familiale* est facile à utiliser et utile pour la pratique à l'USIN.
- Suite aux rencontres individuelles avec les infirmières (n=4), elles se disent mieux outillées pour intervenir auprès des familles, et capables d'élaborer un *génogramme* et une *écocarte*.
- Leurs propos corroboraient les données probantes. Effectivement, l'application de *l'outil d'évaluation et d'intervention familiale à l'USIN*, tend à améliorer :
 - > la relation des infirmières avec les familles (lien de confiance, interaction et communication)¹².
 - > la confiance des infirmières à intervenir auprès des familles^{6,9,13,14,18}.
 - > l'attitude, l'intérêt et la satisfaction professionnelle des infirmières, relativement aux soins à la famille^{6,9,12,13,14,18}.

- Le « jeu » et « l'étude de cas » ont été les deux formules pédagogiques employées, suscitant la motivation et favorisant un apprentissage actif^{4,17}.
- Le rôle d'une *infirmière facilitatrice (coach)* de l'ASF a été expérimenté comme stratégie d'apprentissage, et de transfert de connaissances^{6,14}.

RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES, PRÉ/POST-INTERVENTION, RELATIVES AUX CONNAISSANCES ET HABILETÉS DES INFIRMIÈRES (n=13)

Je crois avoir les connaissances nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN

PRÉ INTERVENTION EN NOMBRE D'INFIRMIÈRE					POST INTERVENTION EN NOMBRE D'INFIRMIÈRE				
TOTALEMENT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	INDÉCI	PLUTÔT D'ACCORD	TOTALEMENT D'ACCORD	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	INDÉCI	PLUTÔT D'ACCORD	TOTALEMENT D'ACCORD
1	4	2	5	1	0	0	0	8	5
54 %					100 %				
1	1	0	10	1	0	0	1	7	5
15 %					8 %				
1	7	3	2	0	0	0	0	3	8
85 %					100 %				
3	3	1	2	4	0	0	0	2	11
54 %					100 %				

Je crois avoir les habiletés nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN

Je crois avoir les outils nécessaires pour réaliser une évaluation des besoins et des préoccupations des familles à l'USIN

Je suis capable d'élaborer un *génogramme* et une *écocarte*

AFFILIATION DES AUTEURS

- ^a Infirmière clinicienne, USIN du CHU Sainte-Justine, M. Sc. inf., Option expertise-conseil, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- ^b Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- ^c Chercheure au centre de recherche du CHU Sainte-Justine et au Réseau de recherche portant sur les interventions en sciences infirmières du Québec (RRISQ).
- ^d Professeure adjointe en formation pratique, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- ^e Thérapeute conjugale et familiale
- ^f Cadre-conseil en sciences infirmières, Volet soins critiques, CHU Sainte-Justine

RÉFÉRENCES

- ¹ Bickel, C., et Moore, G. A. (2012). Maternal perinatal depression in the neonatal intensive care unit: the role of the neonatal nurse. *Neonatal Network*, 31(5), 295-304. doi: 10.1891/0728-0823.31.5.295
- ² Brett, J., Staniszewski, S., Newburn, M., Jones, N., et Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communication with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1(1), 1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2010-000223
- ³ Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing* (LJONN), 7(6), 644-691. doi: 10.1111/j.1552-9989.2008.00208.x
- ⁴ Chamberland, G., Lavoie, L., et Marquis, D. (2011). 20 formules pédagogiques. Ste-Foy : Presses de l'université de Québec

- ⁵ Duhamel, F. (2015). La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers [De ed.]. Montréal: TC Media
- ⁶ Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A.-M., Goudreau, J. (2015). Integrating the illness Beliefs Model in Clinical Practice: A Family Systems Nursing Knowledge Utilization Model. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322-348. doi: 10.1177/1076480715574054
- ⁷ Duhamel, F. (2010). Implementing family nursing: how do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 9-25. doi: 10.1177/1076480709340208
- ⁸ Galarza-Wintner, M.E., Dicky, T., O'leary, L., Lee, S.K., et O'Brien, K. (2013). Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurses. *Advances in Neonatal Care*, 13(5), 646-691. doi: 10.1097/ANC.0b013e3182a14cde

- ⁹ Goudreau, J., Duhamel, F., et Richard, N. (2006). The impact of a Family Systems Nursing educational program on the practice of psychiatric nurses: A pilot study. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 292-306. doi:10.1177/1076480706291494
- ¹⁰ Hall, S.L., Cross, J., Selix, N.W., Patterson, C., Segre, L., Chaffo-Siewert, R., et al. (2015). Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *Journal of Perinatology*, 35, 529-536. doi: 10.1038/jp.2015.147
- ¹¹ Khan, S. (2015). An Integrative Review of Nurses' Perspectives of Family-Centered Care Practice in the Level III NICU: Addressing Persisting Barriers. [Mémoire de maîtrise, Université de Victoria, Faculté des sciences infirmières]. Repéré à : <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/6445>

- ¹² LeGrow, K., et Rossen, B. E. (2005). Development of professional practice based on a Family Systems Nursing Framework : Nurses' and families' experiences. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 38-58. doi:10.1177/1076480404273508
- ¹³ Lee, A. C. K., Leung, Sharon S. K., et Mak, Y. W. (2011). The application of family-nursing assessment skills : From classroom to hospital ward among final-year nursing undergraduates in Hong Kong. *Nurse Education Today*, 21(1), 78-84. doi: 10.1016/j.nedt.2011.01.013
- ¹⁴ Martinez, A.M., D'Arleis, D., et Benoit, J.E. (2007). Does the 15-minute (or less) family interview influence family nursing practice. *Journal of Family Nursing*, 13(2), 157-178.
- ¹⁵ Mundy, C.A. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19(2), 156-162. doi: 10.4037/ajcc.2010.19.2

- ¹⁶ Placencia, F.X., et McCullough, L.B. (2012). Biopsychosocial risks of parental care for high-risk neonates: implications for evidence-based parental counseling. *Journal of Perinatology*, 32, 381-384. doi: 10.1038/jp.2011.109
- ¹⁷ Poellthuber, B. (2016). L'apprentissage actif : travail d'équipe, apprentissage collaboratif et coopératif (Vidéo en ligne). Repéré à : <https://cours.edulib.org/courses/UMontreal/PPA-6015/H2015/courseware/3108a21c8324d3f852e295f53c9cb2/e79a14f056ca798280f616479b5abaf/>
- ¹⁸ Seward-Dottir, E. K., Sigurdardottir, A.D., et Tryggvadottir, G. B. (2014). Strengths-oriented therapeutic conversations for families of children with chronic illness: findings from the Landspítali university hospital family nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 13-50. doi: 10.1177/1076480713502045

- ¹⁹ Trajnoski, S., Schmied, V., Vickers, M., et Jackson, D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. 21(17-18), 2477-2487. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04128.x
- ²⁰ Turner, M., Chur-Hessen, A., et Winefield, H. (2014). The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), 3156-3165. doi: 10.1111/jocn.12558
- ²¹ Wright, L. M., & Leabey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (4e ed.). Philadelphia: F.A. Davis

